

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

LOGOPEDICKÁ PÉČE V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH

SPEECH THERAPY CARE IN KINDERGARTENS

Bakalářská práce: 12–FP–KSS–2003

Autor:

Terezie Běhounková

Podpis:

.....

Vedoucí práce: PhDr. Václava Tomická, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
76	19	0	24	30	1 + CD

V Liberci dne:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Terezie Běhounková**
Osobní číslo: **P10000148**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Logopedická péče v mateřských školách**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Zmapovat logopedickou péči v mateřských školách a kvalifikaci pedagogů v oblasti logopedie, mapovat spolupráci mateřských škol s dalšími institucemi v problematice narušené komunikační schopnosti.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Analýza dokumentů, dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

KRAHULCOVÁ, B., 2007. Dyslalie-patlavost. 1. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-0-3.

LECHTA, V., aj., 2003. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., aj., 2003. Klinická logopedie. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., aj., 2006. Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Václava Tomická, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 26. dubna 2013

doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.

doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2012

Čestné prohlášení

Název práce: Logopedická péče v mateřských školách

Jméno a příjmení autora: Terezie Běhounková

Osobní číslo: P10000148

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne:

.....

Terezie Běhounková

Poděkování

Dovoluji si touto formou poděkovat své vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Václavě Tomické, Ph.D. za odborné vedení, trpělivý přístup a cenné rady, které mi pomohly bakalářskou práci vypracovat. Zároveň také děkuji svojí rodině za podporu a trpělivost během psaní této práce.

V Liberci dne:

.....

Název bakalářské práce: Logopedická péče v mateřských školách

Jméno a příjmení autora: Terezie Běhouňková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2012/2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Václava Tomická, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývala logopedickou péčí v mateřských školách. Cílem této práce bylo zmapovat logopedickou péči ve městě Liberec a kvalifikaci jejich pedagogů v oblasti logopedie. Kromě toho dále zjistit spolupráci mateřských škol s jinými institucemi a to především se školskými poradenskými pracovišti. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti a to část teoretická a praktická. V teoretické části byly popsány základní pojmy související s komunikací, narušenou komunikační schopností a logopedickou péčí ve školství a zdravotnictví.

Praktická část obsahovala vyhodnocení vlastního průzkumu prostřednictvím dotazníků, které byly určeny pro pedagogy mateřských škol. Výsledky, kterých bylo dosaženo průzkumným šetřením, byly shrnuty a vyhodnoceny v závěrečné části práce. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zmapování logopedické péče a její využití v mateřských školách v Liberci.

Klíčová slova: logopedická péče, mateřská škola, narušená komunikační schopnost, školská poradenská pracoviště

Title of Bachelor Thesis: Speech therapy care in kindergartens

Author: Terezie Běhouňková

Academic year of the bachelor thesis submission: 2012/2013

Supervisor: PhDr. Václava Tomická, Ph.D.

Summary:

The Bachelor Thesis deal with speech therapy care in kindergartens. The objective this work was map speech therapy care in Liberec town and qualification their educators in district speech therapy. Moreover next find out cooperation kindergartens with other institutions respectively first with school advisory workplaces. The work is created by two fundamental areas respectively part theoretical and practical. In theoretical part was described basic notions with communication, disturbed communications ability and speech therapy care in education and health service.

Practical part contained evaluation personal research through questionnaires, which they was identified for pedagogues kindergartens. Results which was reached research investigation was summary and evaluation in the end part work.

For major contribution work with respect to solution the problem was possible regard map speech therapy care and her using in kindergartens in Liberec.

Keywords: speech therapy care, kindergarten, disturbed communications ability, educational consultant workplace

OBSAH	
SEZNAM TABULEK.....	10
SEZNAM GRAFŮ	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Komunikace a vývoj komunikačních schopností.....	14
1.1 Ontogenetický vývoj řeči	15
1.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči	16
2 Narušená komunikační schopnost	19
2.1 Druhy narušené komunikační schopnosti	19
2.1.1 Poruchy vývoje řeči	19
2.1.1 Narušení článkování řeči	24
2.1.2 Získaná orgánová nemluvnost	28
2.1.3 Získaná psychogenní nemluvnost.....	29
2.1.4 Poruchy zvuku řeči	30
2.1.5 Narušení fluence (plynulosti) řeči.....	31
3 Logopedická péče.....	32
3.1 Vymezení základních pojmů.....	32
3.2 Logopedická péče v mateřských školách	33
3.3 Logopedická péče v resortu zdravotnictví	35
3.4 Školská poradenská zařízení	36
3.5 Rodiče a logopedická péče.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST	40
4.1 Vymezení cílů bakalářské práce.....	40
4.2 Předpoklady průzkumu	40
4.3 Použité průzkumné metody.....	40
4.4 Popis zkoumaného vzorku	42

4.5	Výsledky průzkumu a jejich interpretace.....	43
4.5.1	Průběh průzkumu.....	43
4.5.2	Výsledky průzkumu.....	43
4.6	Ověření předpokladů průzkumu.....	64
4.7	Shrnutí získaných dat.....	65
ZÁVĚR		68
NÁVRH OPATŘENÍ.....		70
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....		72
SEZNAM PŘÍLOH.....		76

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věková kategorie pedagoga	42
Tabulka č. 2: Praxe pedagoga	43
Tabulka č. 3: Základní informace o MŠ.....	44
Tabulka č. 4: Počet dětí s vadou řeči ve třídě.....	44
Tabulka č. 5: Poruchy řeči vyskytující se u dětí ve třídě	45
Tabulka č. 6: Poskytování logopedické péče v MŠ	46
Tabulka č. 7: Časový průběh logopedické péče u dětí v MŠ	47
Tabulka č. 8: Způsob zajišťování logopedické péče	48
Tabulka č. 9: Zajišťování logopedické péče	49
Tabulka č. 10: Individuální forma logopedické péče	50
Tabulka č. 11: Logopedická vyšetření dětí	51
Tabulka č. 12: Spolupráce MŠ s dalšími odbornými pracovišti	52
Tabulka č. 13: Věková kategorie pedagoga	53
Tabulka č. 14: Dosažená praxe pedagoga	54
Tabulka č. 15: Zařazení pedagoga dle typu tříd v MŠ	54
Tabulka č. 16: Logopedické vzdělání pedagogů	55
Tabulka č. 17: Druh logopedického vzdělání.....	56
Tabulka č. 18: Logopedické vzdělání pedagogů v MŠ s logopedickou péčí	57
Tabulka č. 19: Zkušenosti pedagogů s narušenou komunikační schopností.....	58
Tabulka č. 20: Počet let práce s dětmi s narušenou komunikační schopností.....	60
Tabulka č. 21: Účast na logopedických kurzech nebo seminářích	61
Tabulka č. 22: Aktivita rozvíjející komunikační dovednost	62
Tabulka č. 23: Aktivita rozvíjející komunikační dovednost	62
Tabulka č. 24: Aktivita rozvíjející komunikační dovednost	62

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Počet dětí s vadou řeči ve třídě MŠ	45
Graf č. 2: Poruchy řeči vyskytující se u dětí ve třídě.....	46
Graf č. 3: Poskytování logopedické péče v MŠ.....	47
Graf č. 4: Časový průběh logopedické péče	48
Graf č. 5: Způsob zajišťování logopedické péče	49
Graf č. 6: Zajišťování logopedické péče.....	50
Graf č. 7: Individuální forma logopedické péče	51
Graf č. 8: Logopedická vyšetření dětí.....	51
Graf č. 9: Spolupráce MŠ s dalšími odbornými pracovišti.....	52
Graf č. 10: Věková kategorie pedagoga	53
Graf č. 11: Dosažená praxe pedagoga	54
Graf č. 12: Zařazení pedagoga dle typu tříd v MŠ	55
Graf č. 13: Logopedické vzdělání pedagogů	56
Graf č. 14: Druh logopedického vzdělání.....	57
Graf č. 15: Logopedické vzdělání pedagogů v MŠ s logopedickou péčí	58
Graf č. 16: Zkušenosti pedagogů s narušenou komunikační schopností.....	59
Graf č. 17: Počet let práce s dětmi s narušenou komunikační schopností.....	60
Graf č. 18: Účast na logopedických kurzech nebo seminářích.....	61
Graf č. 19: Aktivita rozvíjející komunikační dovednost	63

ÚVOD

Tématem předložené bakalářské práce je „Logopedická péče v mateřských školách“ a to konkrétně ve městě Liberec. Téma bylo zvoleno z důvodu stále častěji se vyskytujících problémů s narušenou komunikační schopností u dětí předškolního věku a s tím související následná péče o tyto děti.

Dle statistik uvedených *Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky* mezi nejčastěji se vyskytující druh narušené komunikační schopnosti v roce 2009 patřila dyslalie (43 %) a opožděný vývoj řeči (20,7 %) u osob od 0-18 let (Wiesnerová 2010, s. 7). V roce 2011 došlo k nárůstu těchto dvou typů narušené komunikační schopnosti u osob od 0-18 let a to u dyslalie na 49,1 % a u opožděného vývoje řeči na 23 % (Popovič 2012, s. 3).

Na základě shora uvedených statistických údajů se lze domnívat, že je nezbytné u dětí s narušenou komunikační schopností poskytovat ve větší míře logopedickou péči.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat logopedickou péči v mateřských školách (MŠ) ve městě Liberec a kvalifikaci jejich pedagogů v oblasti logopedie. Kromě toho zjistit spolupráci MŠ s jinými institucemi a to především se školskými poradenskými pracovišti.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Celkem se tato práce skládá ze čtyř kapitol, kde teoretická část je sestavena ze tří kapitol, které jsou zpracovány s využitím analýzy odborné literatury, poslední kapitola je věnována praktické části.

První kapitola teoretické části je zaměřena na objasnění pojmů související s komunikací a vývojem komunikačních schopností. Druhá kapitola pojednává o narušené komunikační schopnosti a podrobnějším popisu jednotlivých druhů narušené komunikační schopnosti, které se mohou vyskytovat u dětí předškolního věku. Poslední třetí kapitola teoretické části popisuje logopedickou péči a to jak v MŠ, tak i v resortu zdravotnictví. Dále jsou zde popsány dva typy školních poradenských pracovišť a to Pedagogicko-psychologické poradny a Speciálně pedagogického centra a kromě toho také spolupráce s rodiči dětí potřebující logopedickou péči.

Praktická část bakalářské práce se zabývá průzkumem, který je založený na užití metody dotazování, konkrétně techniky dotazník a analýzy dokumentů MŠ. Dotazníkové šetření je určeno pro pedagogy oslovených MŠ. Předpoklady stanovené pro tuto bakalářskou práci jsou pomocí dotazníků ověřovány a získaná data z průzkumu zpracována do grafů a tabulek. Cílem tohoto průzkumu je vyvrátit nebo potvrdit stanovené předpoklady a zmapovat poskytování logopedické péče v MŠ dětem, které mají problémy s narušenou komunikační schopností a na základě zjištěných dat stanovit navrhovaná opatření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunikace a vývoj komunikačních schopností

Člověk patří mezi tvory společenské, který je schopen díky svým schopnostem komunikovat se svými druhy. Především se jedná o sociální komunikaci. Slovo komunikace je využíváno v různých vědních disciplínách, jako je pedagogika, psychologie, lingvistika, sociologie, antropologie atd. (Klenková 2006, s. 25).

Řeč, jazyk a komunikace

Řeč představuje specificky lidskou schopnost sloužící ke sdělování pocitů, přání a myšlenek. „Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč).“ Zevní řeč, mluvená řeč je označována jako schopnost člověka užívající sdělovací prostředky, které vznikají pomocí mluvidel (Klenková 2006, s. 27). Dle Jedličky (2003, s. 89) je řeč „biologická vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.“ Kejklíčková (2011, s. 15) uvádí, že sdělovací prostředky využívané v řeči jsou mluvení, písmo, posunky, mimika a neartikulované hlasové projevy. Mluvení představuje nejčastější způsob dorozumívání se mezi lidmi tzv. komunikaci, kdy na jedné straně je osoba informace sdělující a na druhé straně osoba informace přijímající.

„Na mluvení se aktivně podílí:

- *respirace* (proud dýchaného vzduchu),
- *fonace* (tvorba zvuku mezi hlasivkami nebo v jiném zúžení),
- *artikulace* (formování zvukové podoby různým postavením mluvidel, tj. jazyka, zubů, rtů, patra, hltanu).

Klenková (2006, s. 27) ve své publikaci specifikuje, že „Jazyk je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky.“ Bytešníková (2007, s. 61) dále informuje o tom, že jazyk je univerzálním prostředkem každé společnosti a každé lidské bytosti, která si osvojuje mateřský jazyk, který využívá. Kromě toho také uvádí, že jazyk se řídí přesnými sémantickými, gramatickými, fonologickými

a fonetickými zákony platící pro konkrétní jazyk a jsou příslušné pro určité etnické či jiné skupiny.

V odborné literatuře existují různé definice pod pojmem komunikace. Klenková (2006, s. 25) definuje komunikaci následujícím způsobem: „Komunikace (z lat. *communicatio*, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, *participace*) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“ Bytešníková (2007, s. 62–63) uvádí dva signalizační systémy v komunikaci a to *verbální* a *nonverbální*. K verbální komunikaci uvádí, že se jedná o sociální komunikaci reprezentovanou především mluvenou i psanou formou řeči. Dále specifikuje, že nonverbální komunikace je komunikace beze slov a představuje doprovodný doplněk k verbální komunikaci. Do nonverbální komunikace patří mimika, nebo-li výraz obličeje, pohledy, pohyby, fyzické postoje, doteky, přiblížení nebo oddálení, tón řeči.

1.1 Ontogenetický vývoj řeči

Ontogenetický vývoj označuje vývoj řeči lidské osoby procházející různými stádii od narození až po dospělost. Ontogenetický je složeno z řeckých slov *on*, *ontos* což je bytost, jedinec a ze slova *genesis*, nebo-li původ (Kejklíčková 2011, s. 17).

Ontogenetický vývoj řeči od narození po předškolní věk

Novorozenečným prvním zvukem je křik, který představuje pro okolí radostné znamení úspěšného nádechu a čilosti ke světu. Křik u kojence se od šestého týdne mění a on dokáže pomocí křiku vyjádřit svoji nelibost, nechuť. Spolu s křikem se také objevuje pláč, vzlykání. Od **období křiku** postupně přechází k **broukání**, které se objevuje v období od 2 do 4 měsíců. Dítě vyjadřuje i pocity pozitivní jako je úsměv, matka pozná, kdy si dítě spokojeně brouká. Mezi 4. a 6. měsícem se objevuje další období nazvané jako **žvatlání**. Dítě si pohrává s mluvidly, tato hra je doprovázená pestrými hlasovými projevy. Žvatlání postupně přechází do **stádia opakování**. Dítě opakuje ty samé zvuky a slabiky, proto také první vědomá slova dítěte jsou zdvojením té samé slabiky jako je *mama*, *tata*.

První vědomé slovo se začíná objevovat v jednom roce. Objevují se slova jako je *mama, baba*. První věta je složena spojením dvou slov např. „mama ham“. V prvních třech letech je mluva jednoduchá, patlavá a špatně srozumitelná. Dítě nesprávně vyslovuje souhlásky a souhláskové zvuky, nahrazuje je jinými jednoduššími nebo je vynechává. Před vlastním mluvním projevem dítěte předchází období porozumění řeči popř. chápání určitých slov, vět nebo výzev. Logika pojmů se u dítěte objevuje okolo třetího roku (např. slovo *pes* neužívá jenom pro známého psa, ale pro všechny psy.) (Kejklíčková 2011, s. 20–21). Vágnerová (2005, s. 95–96) dále uvádí, že společně s prvními slovy se zároveň rozvíjejí neverbální gesta. Dost často se stává, že dítě nejdříve určitou věc vyjádří pomocí gest a teprve potom použije slovo. Je to důsledek toho, že děti ještě než začnou mluvit, chápou, že pro určité předměty či situace jim slouží různé symboly.

Mluvení v delších a složitějších větách a později i v souvětích se objevuje ve 4 letech. V tomto věku také dovedou děti správně používat budoucí čas. V období mezi 4 až 6 lety nastává u dítěte osvojování způsobů užívání slov, častěji využívá minulého času v situacích, kdy hovoří o uplynulých událostech, přesto se stále objevují chyby ve vyjadřování složitějších časových vztahů. Objevuje se **egocentrická řeč**, což je řeč pro sebe, která nepotřebuje posluchače, dítě si povídá samo pro sebe (Vágnerová 2005, s. 195–196).

1.2 Jazykové roviny v ontogenezi řeči

Rozlišují se 4 jazykové roviny a to (Bytešníková 2007, s. 77):

- lexikálně-sémantická,
- morfologicko-syntaktická,
- foneticko-fonologická,
- pragmatická.

Rovina lexikálně-sémantická: Jak uvádí Bytešníková (2007, s. 78) zaměřuje se na sledování pasivní a aktivní slovní zásoby, definici pojmů a úroveň zobecňování. Slovní zásoba představuje všechny slova daného jazyka. Z důvodu velkého rozsahu slovní zásoby není žádný jedinec schopen celého ovládnutí, ale pouze její větší či menší části označované jako individuální slovní zásoba. U individuální slovní zásoby rozlišujeme pasivní a aktivní slovní zásobu. Pasivní slovní zásoba jsou ta slova, kterým rozumíme.

Aktivní slovní zásoba představuje slova, která používáme. Klenková (2006, s. 38–39) k této rovině dále uvádí, že se u dítěte okolo 10. měsíce rozvíjí slovní zásoba a dítě začíná rozumět řeči. Ve 12. měsících se rozvíjí aktivní slovní zásoba, kdy dítě začíná říkat první slova. V období okolo roku a půl dítě klade otázky typu: „Co je to?, Kdo je to?, Kde je?“. Ve věku okolo tří a půl klade otázky typu: „Proč?, Kdy?“. Ve věku tří let dokáže říci svoje jméno a příjmení, mezi třetím a čtvrtým rokem chápe rozdíly mezi malý–velký, ví, jak se jmenuje jeho sourozenec, řekne básničku. Ke konci předškolního věku hovoří o různých událostech, které se týkají jeho života, dokáže správně provést i delší příkazy.

Rovina morfologicko-syntaktická: Bytešnicková (2007, s. 78) k této rovině uvádí, že „zahrnuje uplatňování gramatických pravidel v mluvním projevu, gramatickou správnost slov, vět, slovosledu, rodu, čísla, pádu, atd.“ Klenková (2006, s. 37–38) informuje, že tuto rovinu lze zkoumat až okolo prvního roku dítěte, kdy se rozvíjí vlastní řeč. Tato první slova jsou neohebná, neskloňují se, ani nejsou v žádném čase, podstatná jména mají první pád, slovesa infinitiv, případně třetí osobu nebo rozkazovací způsob. Dítě se projevuje pomocí izolovaných slov přibližně do 1,5 až dvou let. Postupně ze dvou jednoslovných vět vznikají dvouslovné. Dítě nejdříve užívá podstatná jména, potom slovesa a ve stejnou dobu se objevují onomatopoická citoslovce. Ve věku dvou až tří let užívá stále častěji přídavná jména, přidávají se i osobní zájmena, číslovky, předložky. Spojky nastupují nejpozději. Po čtvrtém roce dítě obvykle ovládá všechny slovní druhy. Dítě skloňuje mezi druhým a třetím rokem a po třetím roce používá jak jednotné, tak i množné číslo. Souvětí jsou dětmi tvořena mezi třetím a čtvrtým rokem. Gramatická stránka řeči u čtyřletého dítěte by neměla vykazovat nápadné odchylky, pokud tomu tak je, může se jednat o narušený vývoj řeči.

Rovina foneticko-fonologická: Bytešnicková (2007, s. 79) uvádí o této rovině, že se zaměřuje na zvukovou stránku řeči, kde základními jednotkami této roviny jsou hlásky neboli fonémy. Tuto rovinu lze zkoumat na rozdíl od ostatních rovin nejdříve vzhledem k tomu, že už po sedmém týdnu věku dítěte lze v křiku postupně pozorovat souhláskové zvuky, ale o vývoji výslovnosti lze hovořit až v období přechodu od pudového k napodobujícímu žvatlání. Jedná se o to, že do této doby nelze dítětem produkováné zvuky považovat za hlásky mateřského jazyka, protože jsou tvořeny pouze na bázi pudové a nejsou kontrolovány sluchem a zrakem. Klenková (2006, s. 40) upozorňuje na

to, že z pohledu logopeda je v ontogenezi řeči důležité znát fixaci jednotlivých hlásek. Nejdříve se fixují samohlásky, potom souhlásky a to v pořadí hlásky závěrové, úžinové, jednoduché, polozávěrové a úžinové se zvláštním způsobem tvoření. Výslovnost se vyvíjí od narození až asi do pěti let, někdy to může být od pěti do sedmi let. Závisí to např. na obratnosti mluvních orgánů, vyzrálosti fonemického sluchu, společenských faktorech (např. mluvní vzor).

Rovina pragmatická: „Lechta (1990) uvádí, že pragmatická rovina představuje rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikační schopnosti, do popředí vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace.“ Dvou až tříleté dítě je už schopno pochopit svoji roli komunikačního partnera a reagovat na vzniklou situaci. Po třetím roce se dítě snaží o komunikaci, navazování a udržování krátkého rozhovoru s dospělými, kteří se objevují v jeho okolí. Ve 4 letech dítě stále častěji komunikuje přiměřeně dané situaci. „V tomto období intelektualizace řeči dochází k regulační funkci řeči, chování dítěte je možné usměrňovat řečí a dítě samotné používá řeč k regulaci dění ve svém okolí“ (Klenková 2006, s. 40–41). Bytešníková (2007, s. 81) k pragmatické rovině uvádí aspekty vystupující v této rovině do popředí, jedná se o „schopnost jedince aktivně se účastnit konverzace při zachování pravidel dialogu, schopnost postihnout a přiměřeně reagovat na nonverbální projevy, schopnost udržet téma rozhovoru, schopnost aktivně používat nonverbální komunikaci v závislosti na komunikační situaci, schopnost užívat adekvátní komunikační styly a způsoby chování vzhledem k různým komunikačním partnerům.“

2 Narušená komunikační schopnost

Lechta (2011, s. 13) komunikační schopnost definuje „jako schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách, za účelem realizace komunikačního záměru“.

Lechta (2003a, s. 17) dále uvádí, že narušená komunikační schopnost je „tehdy, když některá rovina jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně¹ vzhledem ke komunikačnímu záměru.“ Klenková (2006, s. 54–55) ve své publikaci informuje o tom, že narušená komunikační schopnost může být úplná (totální) nebo částečná (parciální). Dále osoba s narušenou komunikační schopností si svůj nedostatek uvědomovat může, ale také nemusí. Narušení může představovat hlavní, dominující projev, ale také může se vyskytovat jako projev jiného postižení, které je dominantní. V tomto případě se jedná o symptomatickou poruchu řeči. Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti mohou být prenatální, perinatální nebo postnatální potom hovoříme o časovém hledisku nebo příčinou můžou být např. genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánová poškození atd. a potom hovoříme o lokalizačním hledisku.

2.1 Druhy narušené komunikační schopnosti

Poruch řeči je mnoho, ať už se jedná o lehké (např. patlavost), obtížnější nebo velice závažné. Stupeň závažnosti závisí nejen na tom jak obtížné je odstranit nebo zmírnit poruchy, ale také na tom jaký dopad má porucha na celkový zdravotní stav postiženého. (Kejklíčková 2011, s. 23)

2.1.1 Poruchy vývoje řeči

Schopnost člověka rozvíjet řeč nemůžeme od ostatních schopností odlišovat. Nelze tedy rozvíjet dětskou řeč na úrovni odpovídající věku, jestliže celkový vývoj všech schopností a dovedností neprobíhá podle našich přání a představ. Dospělí kladou na tříleté dítě velké nároky v oblasti řeči. Ne všechny děti, ale dokážou toto období překonat, aniž by došlo k nějakým problémům (Škodová 2003, s. 91).

¹Interference-„rušivý vliv poruchy v procesu komunikace“ (Neubauer 2010, s. 19)

Opožděný vývoj řeči

Klenková (1997, s. 18) upozorňuje na to, že pokud dítě ve věku tří let nemluví nebo mluví málo, než ostatní děti v jeho věku, jedná se o opožděný vývoj řeči. Mezi nejčastější příčiny opožděného vývoje řeči řadí:

- prostředí, kdy se matka svému dítěti nevěnuje, nesnaží se s dítětem kontaktovat a dítě se postupně přestává snažit a přestává mluvit,
- citová deprivace, kdy dítě trpí nedostatkem citových vazeb,
- málo mluvních popudů, dítě je vychováváno prostředí, kde se málo mluví, chybí správný mluvní vzor (např. děti neslyšících, mentálně postižených atd.),
- jedinec neslyšící lidské slovo,
- slabý typ nervové soustavy,
- nedonošené, předčasně narozené děti,
- lehká mozková dysfunkce,
- dědičnost,
- nadužívání masmédií jako jsou televize, videa,
- počítače.

Klasifikace opožděného vývoje řeči

Sovák (1981, s. 90–91) rozlišuje opožděný vývoj řeči, omezený vývoj řeči, narušený vývoj řeči, předčasný a scestný (odchylný) vývoj řeči. K **opožděnému vývoji řeči** uvádí, že je charakterizován tím, že mluvená řeč se vyvíjí mnohem pomaleji než obvykle, ale v dalším průběhu dochází k postupnému vyrovnávání se průměru, který odpovídá věku a duševním schopnostem dítěte. **Omezený vývoj řeči** specifikuje jako pomalé a opožděné vyvíjení mluvy, která ani v dalším průběhu vývoje nedosahuje obvyklé úrovně. **Narušený vývoj řeči** charakterizuje postižením počátku rozvíjení řeči vycházející z normálních základů. Může se jednat např. o závažná onemocnění nebo úrazy poškozující smyslové nebo nervové duševní činnosti. Tyto následky mohou být dočasné, kdy se vývoj dočasně zastaví, opozdí, nebo jsou dlouhodobé, až trvalé tzn. další nerozvíjení řeči či dokonce zhoršování dosažené úrovně. **Předčasný vývoj řeči** charakterizuje jako předčasné rozvíjení řeči, které není přiměřené věku a jeho příčinou je perfekcionistická výchova. **Scestný (odchylný) vývoj** vysvětluje jako nesprávné vyvíjení řeči odchylovající se od obvyklého způsobu mluvení např. při rozštěpu patra.

Škodová (2003, s. 93–94) uvádí další klasifikace z hlediska věku, stupně poruchy a etiologie vše zpracováno dle Sováka (1978) a Lechty (1990). Klasifikace, z hlediska věku, je na **fyziologickou nemluvnost, prodlouženou fyziologickou nemluvnost a vývojovou nemluvnost**. Klasifikace z hlediska stupně poruchy autoři uvádějí následující: „Opožděný vývoj řeči zahrnuje celou škálu případů od úplné nemluvnosti (zřídka se vyskytující) po případy lehkých odchylek od normy při opožděném vývoji řeči. Ani v nejtěžších případech však nejde o úplnou němotu, ale „bezřečnost“ v pravém slova smyslu: jde sice o vydávání zvuků s jistým subjektivním signálním významem, ale ne o produkci skutečné řeči.“ Klasifikace z hlediska etiologie autoři rozdělují na „nemluvnost jako hlavní příznak (např. vývojová dysfázie) a nemluvnost jako vedlejší příznak jiné poruchy (symptomatická porucha řeči)“.

Vyšetření opožděného vývoje řeči a terapie

Klenková (1997, s. 18) upozorňuje na fakt, že je důležité hledat příčiny opoždění. S tím souvisí odborné vyšetření, kdy dítě musí být odborně vyšetřeno foniatrem, neurologem, psychiatrem, psychologem atd., kteří musí vyloučit: sluchovou vadu, zrakovou vadu, poruchu intelektu, vadu mluvidel, autismus a autistické rysy. Škodová (2003, s. 95–99) uvádí k opožděnému vývoji řeči následující vyšetření: sluchu a sluchového vnímání, intelektu, zraku a zrakového vnímání, řeči, dále vyšetření laterality, motoriky a vyšetření vlivu prostředí.

Klenková (2006, s. 67) uvádí, že u dětí s opožděným vývojem řeči je vhodné:

- „v rámci logopedického poradenství, rodičům doporučit vhodný postup při stimulaci psychomotorického a řečového vývoje dítěte, případně doporučit zařazení dítěte do kolektivu dětí – do mateřské školy,
- poskytovat dobrý mluvní vzor, podněcovat chuť dítěte komunikovat – zvyšovat jeho „mluvní apetit“ (nenutit dítě mluvit, ale „vtahovat“ je do komunikačních situací hravou formou),
- rozvíjet sluchovou a zrakovou percepci, schopnost sluchové diferenciaci,
- rozvíjet rozumění řeči,
- rozvíjet aktivní i pasivní slovní zásobu,
- rozvíjet motorické schopnosti (motoriku hrubou, jemnou, motoriku mluvních orgánů),
- rozvíjet spontánní řeč“.

Vývojová dysfázie

Jak uvádí Škodová, Jedlička (2003, s. 106) tato porucha řeči není v literatuře jednotně vymezená a také se odlišují názvy. Dříve se označovala jako sluchoněmota, která byla používána pro různé druhy dětské vývojové nemluvnosti, ale ne ztrátu řeči. Pro sluchoněmotu se také používal termín alalie. Později se začal používat termín dysfázie a v novější literatuře se užívá pojem vývojová dysfázie. Autoři Škodová, Jedlička vymezují definici pro vývojovou dysfázii následujícím způsobem: „současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“

Jak uvádí Kutálková (2009, s. 148) nejčastější příčinou dysfázie je problém ve fungování centrální nervové soustavy, která je buď nezralá, nebo poškozená. U dysfagických dětí se projevuje lehká mozková dysfunkce a v jejich anamnéze se vyskytuje např. rizikové těhotenství, nedonošenost atd. Škodová, Jedlička (2003, s. 107) dávají do souvislosti také případnou dědičnost a uvádí, že vývojové poruchy a opožděný vývoj řeči se nejčastěji objevují u mužských potomků. Sovák (1981 s. 104) dělí příčiny vývojové dysfázie na funkcionální, které vznikají z patologie společenského prostředí a organické, které jsou podmíněny patologickými změnami a to především nevyzrálostí centrální nervové soustavy.

Příznaky vývojové dysfázie se dle Klenkové (2006, s. 70) projevují jak v řečové oblasti, tak i neřečové projevující se v nerovnoměrném osobnostním rozvoji. Škodová, Jedlička (2003, s. 107–108) popisují příznaky v řeči a to jak pro hloubkovou strukturu řeči, tak pro povrchovou strukturu. V hloubkové struktuře řeči se vada projevuje např. v přehazování slovosledu, omezení slovní zásoby, redukce stavby věty na dvou- nebo i jednoslovné. V povrchové struktuře jsou příznaky takové, že řeč je na poslech patlavá až nesrozumitelná, děti u delších slov zaměňují nebo redukují hlásky nebo slabiky ve slově. Mezi další příznaky v neřečové oblasti jsou např. nerovnoměrný vývoj, narušení zrakového vnímání, sluchového vnímání (tzn., nedokážou sluchem rozlišit jednotlivé prvky řeči), paměti, motorických funkcí (jemná, hrubá motorika, porucha motoriky mluvidel, koordinační potíže), orientace v prostoru a čase (špatná orientace v prostoru, ve vlastním těle – pravo-levá orientace) atd.

Škodová, Jedlička (2003, s. 123, 129) uvádějí dvě formy dysfázie a to:

- **Dysfázii motorickou** – příznaky se projevují v opožděném vývoji řeči, řeč dítě tvoří těžkopádně, má malý mluvní apetit, více se projevuje neverbálně než pomocí verbální komunikace, má výrazně nižší aktivní slovník.
- **Dysfázii senzorickou** – obtíže se projevují v receptivní oblasti. Mluvní apetit je přiměřený, vývoj řeči nemusí být opožděn, ani slovník nemusí být chudý, ale plynulá řeč je nesrozumitelná a mluvený projev je dost deformovaný. Sovák (1981, s. 106) dále doplňuje k příznakům v receptivní oblasti výskyt echolálie, což je „opakování mluvních zvuků po druhých lidech“. Může se také u některých dětí vyskytovat perseverace, tzn., že dítě po sobě opakuje mluvní zvuky. Objevuje se to tehdy, když dítě ví, že není pozorováno.

Podle stupně poruchy Kutálková (2009, s. 148) uvádí nejtěžší stupeň dysfázie označovanou jako **nemluvnost** a střední stupeň jako těžkou dysfázii neboli **částečnou nemluvnost**. Nemluvnost charakterizuje jako projev dítěte prostřednictvím pohybových a hlasových projevů bez mluvení, které se nevyvinulo. Částečná nemluvnost je taková, kdy se řeč rozvíjí, ale později a pomaleji.

Jak uvádí Škodová, Jedlička (2003, s. 117) terapie vývojové dysfázie musí být týmovou spoluprací klinického logopeda, klinického psychologa, lékařů (jako jsou pediatr, foniatr, neurolog), pedagoga, pracovníků speciálně pedagogických center a rodičů spolupracujících s danými odborníky. V dnešní době je terapie vývojové dysfázie zaměřena na celkovou osobnost dítěte bez zdůrazňování složky řeči. Rozvíjí se tedy zrakové a sluchové vnímání, myšlení, paměť, pozornost, motorika, grafomotorika, schopnost orientace a řeč.

2.1.1 Narušení článkování řeči

Do této skupiny se řadí **dysartrie** a **dyslalie**. I přestože se vyznačují různou etiologií, tak mají společný symptom a tím je článkování řeči (artikulace), která je narušena (Klenková 2006, s. 99).

Dysartrie

Název je odvozen z řeckého slova *arthros* neboli článek, kdy se jedná o poruchu hláskování, vyslovování celkově. Na rozdíl od dyslalie, kdy je narušena výslovnost jedné nebo více hlásek (Sovák 1981, s. 381).

Klenková (1997, s. 27–28) uvádí, že kromě narušení artikulace se projevuje také „porucha respirace (dýchání), fonace (tvorba hlasu) i dysprosodie (porucha modulačních faktorů řeči – tempo, rytmus, melodie)“. Mezi příčiny dysartrie řadíme poškození mozku v období prenatálním (nedonošenost, infekční onemocnění matky, pokus o přerušování těhotenství), perinatálním (postižení motorických oblastí krvácením, asfyxií (tj. nedostatek kyslíku)) a postnatálním (meningitidy, encefalitidy, chronická intoxikace, v pozdějším věku cévní mozkové onemocnění, úrazy hlavy). Rozlišují se různé typy dysartrií podle lokalizace centrálního nervového systému ve kterém je postižení a to korová, pyramidová, extrapyramidová, cerebrální, bulbární, smíšená.

Dyslalie

V odborné literatuře existuje větší množství definic, které svým vysvětlením si jsou velice podobné. Sovák (1981, s. 122) definuje dyslálii jako „vadnou výslovnost jedné či více hlásek mateřského jazyka, přičemž ostatní hlásky jsou vyslovovány správně.“ Klenková (2006, s. 99) dyslálii definuje jako „poruchu artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“

Dyslalie patří mezi nejčastější poruchy komunikačních schopností u dětí, někdy se také může vyskytovat narušená výslovnost některých hlásek u dospělých. Nejčastěji se jedná o vadnou výslovnost hlásek R, Ř a sykavek. Tato porucha se vyskytuje více u chlapců než u dívek v poměru 60:40 % (Klenková, 2006, s. 100).

Příčiny dyslalie

Krahulcová (2007, s. 32) rozděluje příčiny na exogenní a endogenní, které jsou v různém vzájemném stupni, poměru a závislosti. Jedná se o tyto příčiny:

- dědičnost (např. nespecifická dědičnost – dyspraxie, dysgnozie, dále řečová slabost, která je evidovaná v linii rodů – opožděný vývoj řeči),
- vrozené dispozice (např. smyslová postižení – zrak, sluch, postižení centrálního nervového systému),
- vlivy prostředí (např. nesprávný mluvní vzor, nedostatek citových prožitků, nedostatek stimulace ke komunikaci, výchovné chyby),
- patologie mluvních orgánů (např. dýchání, fonace, artikulace, artikulační mimika, souhra v celkové technice mluvy),
- další postižení, ať už se jedná o mentální, senzorické nebo jiné, které má souvislost s vývojovou výslovností a dyslálií.

Klasifikace dyslalie

V odborné literatuře existuje několik rozdělení podle různých hledisek. Klenková (1998, s. 15–17) uvádí dělení z vývojového hlediska, podle příčin, podle lokalizace konkrétní příčiny, podle rozsahu a kontextu.

- **Dělení z vývojového hlediska** – Pokud dítě nesprávně vyslovuje asi do pátého roku, jedná se o jev přirozený, fyziologický a mluvíme tak o **fyziologické dyslalii**. Pokud nesprávná výslovnost trvá mezi pátým a sedmým rokem jedná se o **prodlouženou fyziologickou dyslalii**, vzhledem k tomu, že do sedmého roku se upevňují mluvní stereotypy, kdy se ještě nesprávná výslovnost v lehčích případech může upravit. Jestliže se po sedmém roce výslovnost neupraví, pak se hovoří o „pravé dyslalii“. Pokud je určitá hláska dítětem ve slovech vynechávána označuje se tato vada jako **mogilalie**. Zaměňování hlásky za jinou se označuje jako **paralálie**. Hláska, která je vadně tvořena dostane řecký název a příponu **-ismus**. Pro hlásku, která chybí nebo se vynechává, jsou názvy **delicie** (ničím), **eliminace** (vyloučení, vyřazení), **elize** (vypouštění). Nahrazení jinou hláskou je název **substituce** (nahrazení), pokud hláska není dobrá, mluvíme o **distorzi** (překroucení).

- **Dělení podle příčin**

- *Funkční* (funkcionální), která se dělí na *senzorický typ* (narušení sluchové diferenciace) a *motorický typ* (motorická artikulační neobratnost).
- *Orgánová* (organická) dyslalie, která se dále dělí na a) *dostředivou*, *impresivní* dyslalii, b) *odstředivou*, *expresivní*, c) *centrální*.

- **Podle lokalizace konkrétní příčiny** se dělí na akustickou, labiální, dentální, palatální, lingvální, nazální.

- **Dělení z hlediska kontextu**

- *Dyslalie hlásková* – týká se jednotlivých hlásek.
- *Dyslalie kontextová*, která je buď *slabiková* nebo *slovní* (tzn. izolované hlásky jsou tvořeny správně, problém je u slabik nebo slov, u kterých jsou tvořeny špatně).

- **Podle rozsahu**

- *Dyslalia univerzalis* (mnohočetná) – je postižena většina hlásek, při nahrazování souhlásek hláskou –t je řeč téměř nesrozumitelná.
- *Dyslalia multiplex* (gravis) oproti předešlé vadě je menší rozsah vadně tvořených hlásek. Jedná se o postižení artikulace většího počtu hlásek.
- *Parciální dyslalie* (dyslalia levis, simplex) jedná se o vadu jedné nebo několika hlásek. Rozlišuje se *monomorfní* („vadně vyslovované hlásky jsou z hlediska místa artikulace v jedné artikulační oblasti“) a *polymorfní* („vadně vyslovované hlásky jsou z více artikulačních oblastí“).

Krahulcová (2007, s. 42) uvádí, k *dyslalii levis*, že se jedná o jednoduchou poruchu nebo vadu výslovnosti a řeč je srozumitelná.

Terapie u dyslalie

Klenková (1998, s. 23–24) uvádí Seemanovy čtyři zásady pro odstraňování dyslalie.

Jedná se o:

- zásadu krátkodobého cvičení – krátké a časté procvičování výslovnosti („Seemen doporučoval cvičit 2-3 minuty 20-30 krát denně“),
- zásadu využití sluchové kontroly – zaměřuje se na sluchové vnímání nově vytvořené hlásky,
- zásadu používání pomocných hlásek – jedná se hlásky správně artikulované dyslalikem (např. u vyvozování hlásky R je pomocnou hláskou D),
- zásadu minimální akce – „cvičit bez přehnaného násilí, napětí artikulačních orgánů. Seeman doporučuje nácvik šeptem.“ Nová hláska se nejdříve cvičí tiše a potom se přechází v hlasité cvičení.

Klenková (1998, s. 24–25) dále uvádí doplněné zásady A. Rádka, které jsou: „novou hlásku vyvozujeme individuálně, postupujeme od snadnějšího ke složitějšímu, špatně vyslovovanou hlásku neopravujeme, ale vždy vyvozujeme novou, vyvozujeme vždy jen jednu hlásku, zachováme princip minimální akce, opíráme se o sluchovou kontrolu, dbáme zásady krátkodobého, ale častého cvičení, posilujeme sebedůvěru dítěte, nesnadným a neznámým slovům se vyhýbáme, mechanických pomůcek používáme jen v případech nezbytnosti, spolupracujeme s třídními učiteli, rodinou dítěte a odbornými lékaři.“

Průběh terapie dyslalie

Klenková (2006, s. 113–114) uvádí dle Kovácsové čtyři etapy a to: přípravná cvičení, vyvození hlásky, fixace hlásky a automatizace hlásky.

Přípravná cvičení – do této skupiny patří dechová, fonační cvičení, cvičení rozvíjející motoriku rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra atd.

Vyvozování hlásek – u vyvozování hlásek se dají využít metody přímé a nepřímé.

Metody nepřímé – malé děti formou hry napodobují různé zvuky, ať už přírodní či technické (hlasy zvířat, dopravních prostředků). Jelikož si neuvědomují pravý důvod tohoto cvičení, jsou při cvičeních uvolněny.

Metody přímé – už přímo vyvozujeme danou hlásku, tato metoda se využívá u starších dětí a dospělých, kdy je nesprávná výslovnost dlouhodobější.

Fixace výslovnosti hlásek – spojujeme hlásky, které jsou vyvozené s jinými v nejrůznějších spojeních, nejčastěji ve slovech a slabikách. Toto cvičení je potřeba provádět zajímavou formou pro děti, aby nedošlo k odrazení a ztrátě chuti dítěte dále cvičit.

Automatizace výslovnosti hlásek – nejprve se provádí jednoduché opakování slov za pomoci zraku a sluchu, následuje etapa, kdy se pojmenovávají obrázky, předměty, říkají se básničky, říkanky a poslední etapou je použití správné výslovnosti v dialogu a monologu.

Krahulcová (2007, s. 48) uvádí ve své publikaci celkem pět fází:

- přípravná cvičení,
- vyvození hlásky,
- identifikace hlásky – jedná se o „poznávání hlásky cestou sluchové – fonemické, proprioceptivní – hmatové, kinestické i optické, případně asociační (zejména s písmenem) identifikace“,
- fixace nového mluvního stereotypu,
- automatizace správné výslovnosti.

2.1.2 Získaná orgánová nemluvnost

Ztráta schopnosti komunikovat mluvením, které už byly nabyté, se nazývá afázie, název je odvozen od řeckého slova *aphatos*, což znamená němý, nemluvicí. Jedná se o to, že člověk není schopen řeč vytvářet a/nebo jí porozumět. „Afázie (fatické poruchy) jsou získané poruchy příjmu (percepce) a produkce (exprese) jazykové složky řeči, vznikající nejčastěji při poškození kůry dominantní mozkové hemisféry. Afázie vzniká

poškozením korových center řeči v dominantní mozkové hemisféře, která jsou na produkci a rozumění řeči specializovaná.“ Ovládání aktivní řeči (exprese) se děje prostřednictvím motorického centra nazvaného jako Brocovo, porozumění řeči (recepce) se děje prostřednictvím senzorického centra označované jako Wernickovo (Kejklíčková 2011, s. 42). Mezi nejčastější příčiny afázie patří cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku, mozkové nádory, intoxikace mozku, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému (Čecháčková 2003, s. 145–147).

2.1.3 Získaná psychogenní nemluvnost

Mutismus, nebo-li oněmění má za následek silný duševní či fyzický úraz, velké vzrušení, duševní vyčerpání. Jedná se o náhlou ztrátu řeči, kdy postižený chce mluvit, najednou nemůže a čím více se snaží, tím vznikají stále větší zábrany v řeči. Doba trvání mutismu se liší, může se jednat o několik hodin, týdnů, ale i měsíců. Vzhledem k tomu, že jde o funkční poruchu je zde možnost úplného uzdravení. (Pavlová-Zahálková a kol. 1976, s. 110)

Druhy mutismu (Škodová 2003a, s. 203–204):

- *Autistický mutismus* – nedostatek mluvní iniciace způsobuje úplnou němotu (pravděpodobně se jedná o symptom psychotického onemocnění).
- *Neurotický mutismus* – vlivem neurotických zábran dítě nemůže mluvit v určitých náročných společenských situacích.
- *Perzistentní mutismus* – jedná se o oněmění trvající delší dobu.
- *Psychotický mutismus* – symptom nastupující psychózy².
- *Tranzientní mutismus* – jedná se o oněmění na přechodnou dobu.
- *Situační mutismus* – „zahrnuje projevy dítěte, které jsou krátkodobé, psychologicky jasně srozumitelné (přechodná nemluvnost v novém prostředí, nemluvnost v souvislosti s trémou apod.)“.
- *Reaktivní mutismus* – stav vzniklý v časové souvislosti v důsledku psychotraumatizujícího zážitku.
- *Totální mutismus* – oněmění se týká všech osob, situací i prostředí.

²Psychóza – „těžká duševní nemoc, při níž je zpravidla přerušen kontakt jedince s realitou“ (Škodová, Jedlička 2003b, s. 607)

- *Surdomutismus* – „neurotický útlum se rozšíří i na oblast slyšení.“
- *Elektivní (selektivní-výběrový) mutismus* – oněmění souvisí s určitou osobou nebo situací.

Peutelschmiedová (2006, s. 286) k elektivnímu mutismu uvádí následující: „Porucha komunikace se tak často objevuje při nástupu dítěte do kolektivního zařízení. Dítě s elektivním mutismem mluvit může, ale nechce, a to výběrově buď s jistou osobou, nebo v určitém prostředí.“

2.1.4 Poruchy zvuku řeči

Klenková (2006, s. 130) definuje **rinolalii (huhňavost)** jako narušenou komunikační schopnost postihující zvuk řeči, tak i artikulaci. Bytešníková (2007, s. 132) charakterizuje rinolalii jako „patologicky změněnou nosovost“. Rozlišují se tři typy huhňavosti a to otevřená, uzavřená a smíšená. Snížená patologická nosovost je charakteristická pro uzavřenou huhňavost, naopak patologicky zvýšená nosovost je typická pro otevřenou huhňavost. Smíšená huhňavost je kombinací uzavřené a otevřené huhňavosti.

Palatolalie

Sovák (1981, s. 197) definuje palatolalii jako vadu řeči, která je doprovázená rozštěpem patra, nebo rozštěpem patra a rtu. Sovák (1981) mezi příčiny řadí dědičnost, zevní příčiny (např. úraz matky v časném období gravidity), poruchy látkové výměny (nedostačující nebo nesprávná výživa matky), infekční onemocnění. Mezi příznaky řadí změny rezonance a artikulace. Jedná se o změny vývojové.

Jak uvádí Klenková (1997, s. 23) ošetření rozštěpů je věcí lékařskou (stomatologie, plastická chirurgie) a poté následuje logopedická péče. Je důležité, aby spolupracovala jak škola, tak i rodina.

2.1.5 Narušení fluence (plynulosti) řeči

Poruchu plynulosti řeči považujeme za stav, kdy dochází „buďto ke zrychlení tempa řeči až do překotnosti, při níž se snižuje srozumitelnost řeči (breptavost – tumultus sermonis), nebo kdy je řeč přerušována záškuby či křečemi svalů fonačního ústrojí a mluvidel (koktavost – balbuties)“ (Škodová, Jedlička 2003a, s. 257),

Typickým znakem **breptavosti** je nápadné zrychlení mluvy postupně přecházející až v nesrozumitelnost řeči. Jedná se o přerušování mluvení vdechy, někdy i mluvení při nadechování, nepřesná nebo nesprávná výslovnost, monotónní mluva, která není členěna akcenty, ani se neodlišuje silou hlasu. Jakmile řeknete dítěti, aby mluvilo pomaleji, protože mu nerozumíte, tak obvykle zpomalí a srozumitelnost se výrazně zlepší. Kontrola řeči u dítěte je pouze na chvíli, a potom zase znovu začíná svoji řeč zrychlovat (Kutálková 2009, s. 133–134).

Koktavost (balbuties)

Je řazena k nejtěžším druhům narušené komunikační schopnosti. Mezi příčiny koktavosti řadíme např. dědičnost, negativní vlivy prostředí (perfekcionalistická výchova, upozorňování dítěte na neplynulost v řeči, psychotrauma – šok, úlek, rozvody, rivalita mezi sourozenci atd.) (Klenková 1997, s. 23).

Mezi příznaky v řeči patří opakování první slabiky nebo i poslední. Také mohou opakovat celá slova, což může vypadat jako neobratné vyjadřování. Dalším příznakem je protahování délky slabik. (Kutálková 2009, s. 119). Klenková (1997, s. 24) dále uvádí nepravidelné, povrchní, přerývané dýchání, křeče hlasivek, monotónní řeč, může být zrychlené nebo kolísavé tempo, parafrázie (vyhnutí se problémovým hláskám vyskytující se ve slovech na začátku jako jsou p, b, k, g), embolofrázie (tzv. slovní „vmetky“ jako jsou hm, že, áno), objevuje se také logofobie, což je strach z řeči. Dále se zmiňuje o narušeném koverbálním chování – jedná se např. o tiky, žvýkání, mrkání, vytrhávání vlasů, noční pomočování, kývavé pohyby ze strany na stranu. Kutálková (2010, s. 70) uvádí, že dítě při běžné otázce místo odpovědi zrudne anebo zbledne, zatíná pěstičky, může také stáhnout obličej do grimasy a dělat pohyby neodpovídající situaci např. dupání nohou, kroucení rukou. Až potom začne mluvit „Může se stát, že po takové „předehře“ mluví poměrně plynule.“

3 Logopedická péče

Narušená komunikační schopnost ovlivňuje značně osobnost člověka, kdy může narážet na nepochopení od osob poslouchajících z důvodu buď nepochopení, nebo netrpělivosti naslouchat. Je nezbytné, aby dětem s narušenou komunikační schopností byla poskytnuta vhodná logopedická péče, která umožňuje dítěti rozvíjet komunikační kompetence na všech jazykových rovinách, pomáhá mu odbourávat strach z komunikace a pomůže mu překonávat komunikační bariéry (Švojgrová, Girglová 2012).

3.1 Vymezení základních pojmů

Speciální pedagogika je pedagogickou disciplínou, která se zabývá výchovou a vzděláváním dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a znevýhodněnými osobami, které potřebují speciálně pedagogický přístup a podporu, aby se mohly pracovně i společensky uplatnit (Klenková 2006, s. 11).

Dělení speciální pedagogiky (Pipeková 2006, s. 97):

- „*psychopedie* – (speciální) pedagogika osob s mentálním postižením,
- *somatopedie* – (speciální) pedagogika osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním,
- *logopedie* – (speciální) pedagogika osob s narušenou komunikační schopností,
- *surdopedie* – (speciální) pedagogika osob se sluchovým postižením,
- *oftalmopedie* – (speciální) pedagogika osob se zrakovým postižením,
- *etopedie* – (speciální) pedagogika osob s poruchami chování,
- *edukace jedinců s více vadami* (kombinovaným postižením),
- *specifické poruchy učení nebo chování*“.

Logopedie se skládá z řeckého slova *logos*, což znamená slovo a ze slova *paidea* neboli výchova. Logopedie je vědní obor, který se začal rozvíjet až v polovině 20. století. Logopedie byla definovaná **Fröschelsem** v r. 1924 jako lékařská věda, jako obor speciálně pedagogický ji definoval u nás **Sovák**. Logopedie, která je součástí speciální pedagogiky, má blízký vztah k dalším oborům, mezi které patří obecná pedagogika, surdopedie, somatopedie, oftalmopedie, psychopedie, dále z medicínských

oborů to je pediatrie, foniatrie, psychiatrie, vývojová psychologie a patopsychologie a další (Klenková 2006, s. 11–13).

V. Lechta (2003, s. 22) „definoval logopedii jako interdisciplinární vědní obor zkoumající zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti.“

3.2 Logopedická péče v mateřských školách

Pavlová-Zahálková a kol. (1976, s. 59–62) se zabývají ve své publikaci řečovou výchovou v předškolním věku a uvádí následující: Úkolem jazykové výchovy v mateřské škole je rozvíjení slovní zásoby, zdokonalování gramatické správnosti dětských mluvních projevů, rozvíjení povědomí o základních jevech gramatické stavby jazyka, dále rozvíjení vyjadřování dětí, které by mělo být souvislé, zdokonalování spisovné výslovnosti. Vývoj řeči je potřeba neustále rozvíjet vhodnými podněty, aby nedošlo k ustrnutí řeči. Nejčastěji se využívá **hra** přinášející dětem kromě radosti také rozvíjení jejich poznání a slouží také k mluvení. Využívají se, jak hry probouzející u dětí fantazii u kterých si děti samy mohou vymýšlet pohybový a slovní doprovod a potom jsou hry speciální zaměřené na procvičování výslovnosti. Prohlížení obrázku a mluvení o nich slouží k rozšíření slovní zásoby, což vede k samostatnému vyjadřování. Pro upevňování dětské řeči se využívají **hádanky**, které musí být obsahově jednoduché, být pro dítě poutavé, rozvíjející důvtip, fantazii a schopnost správně se vyjadřovat např. „*Malá jehlička, na ní hlavička (dítě uhodne: to je špendlík)*“. Děti také mají rády **rýmované říkanky a jednoduché básničky** sloužící k upevňování řeči. U nich následuje zpomalení vyslovovaných hlásek a při speciálním říkadle lze procvičit jednotlivé hlásky i hláskové skupiny. U dětí tak dochází k snadnému zapamatování a neustálému opakování, které slouží k rozšiřování slovní zásoby, cvičení obratnosti mluvidel a upevňování správné výslovnosti. Např. hláska c: „*Jaké věci má švec v kleci, Byl jeden švec, měl doma pec, na peci klec, podivná věc, měl v kleci slepici, sypal ji pšenici, každý den z klece vypadlo vejce.*“ V mateřských školách se využívá také **zpěv** sloužící k úpravě a rozvíjení řeči. Příznivě se projevuje na dýchání, rozvíjení hlasu a sluchu. Nejdříve u dítěte začínáme s jednoduchými, krátkými popěvky a později dle věku se přechází na písně složitější. U dětí v mateřských školách se také podporuje **samostatné vyprávění**, kdy děti podle otázek vyprávějí. Kladené otázky pomáhají dětem k tomu, aby mluvily souvislou řečí, která jim působí potíže. Rozvíjení souvislého

vyjadřování má postupovat od nejjednoduššího ke složitějšímu: „vyprávět podle otázek, vyprávět podle obrázku, vyprávět slyšený a viděný děj, např. divadelní hru.“ Využívají se pohádky a jejich dramatizace, které slouží k rozvíjení pozornosti, paměti, fantazie a samostatného vyjadřování.

Logopedická péče

Sovák (1989, s. 101–102) uvádí, že logopedickou péčí o předškolní děti je myšlena, speciálně pedagogická činnost zaměřená na rozvíjení mezilidské komunikace, ať už jde o okolnosti normální či patologické. U normálních okolností se provádí výchova všech složek řeči sloužící k rozvíjení osobnosti. U patologických okolností logopedická péče má s použitím pedagogických prostředků docílit doplnění toho, co schází nebo uvedení na správnou míru toho, co se dobře netvoří. Podstatou logopedické péče je učení. Vedoucí úlohu má učitelka, která poskytuje mluvní vzor, podněty k napodobování a také pomoc při nácviku mluvních výkonu. Učitelka by měla dobré a správné výkony pochválit, naopak na nezdařené a chybné výkony neupozorňovat ani je neopakovat.

Logopedická péče individuální a skupinová

Děti si v mateřských školách hrají, poznávají svět, děti ve skupině komunikují, vytvářejí, upravují sociální vztahy. Ve skupině děti se učí kromě vedoucího vzoru, kterým je učitelka, také navzájem od sebe. V případě, že dítě má nápadnou vadu řeči bránící mu v sociálních vztazích, doporučuje se nejdříve individuální logopedická péče, která je přípravou k péči skupinové.

Výuka řeči by měla trvat tak dlouho, dokud se dítě nenaučí správně mluvit. Délka jednotlivých lekcí se řídí hlavně zájmem dětí. Lekce probíhají tak, že se nejdříve navodí komunikační pohotovost, potom se provádí motivace zájmu, dále opakování dříve získaných informací, v dalším nácviku je využíván princip novosti využívající napodobování. Posilování slouží k fixaci již nacvičeného. Celá lekce má probíhat tak, aby se dítě na příští setkání těšilo a spolu s matkou rádo přišlo.

V logopedické péči má svoje místo také **pohybová, rytmická a hudební výchova**. *Pohybová výchova* je nedílnou součástí výchovy dítěte. Pohybovou výchovu by měl provázet slovní doprovod, říkanky, slovní rytmičtější, zpěv. V dětských hrách a říkánkách se spojuje rytmus s pohybem a mluvením (Sovák 1989, s. 106–109).

Ve školství logopedickou péčí provádí (Fukanová 2003, s. 47):

- **Logopedický preventista** – jedná se o středoškolsky vzdělaného pedagoga absolvující kurs logopedické prevence. Jedná se ve většině případů o učitelky mateřské školy.
- **Logopedický asistent** – osoba absolvující bakalářské studium speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy verbální komunikace.
- **Speciální pedagog** – „učitel se zaměřením na poruchy řeči a učení se státní závěrečnou zkouškou z logopedie.“

Logopedická péče ve školství se řídí podle *Metodického doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství*. V tomto metodickém doporučení je vymezena logopedická péče, logoped a jeho kompetence ve školství, dále logopedický asistent a jeho kompetence a nakonec se zde mluví o krajském koordinátorovi a jeho kompetencích.

3.3 Logopedická péče v resortu zdravotnictví

Pracovníci působící v tomto resortu jsou:

- logoped,
- klinický logoped.

Logoped – jedná se o osobu, která absolvovala studium logopedie nebo speciální pedagogiky, které je zaměřeno na poruchy komunikace a učení a vykonala státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie. „Pracuje pod supervizí klinického logopeda.“

Klinický logoped – jedná se o osobu, která absolvovala postgraduální rezortní vzdělávání, je oprávněna pracovat samostatně. Pokud splní další podmínky, může získat licenci k provozování vlastní privátní praxe.

Zařízení, ve kterých logoped i klinický logoped pracuje, jsou státní a soukromé logopedické ambulance, popř. poradny, lůžková oddělení – foniatrická, pediatrická, psychiatrická, neurologická, rehabilitační, léčebny pro dlouhodobě nemocné, dále lázně, ústavy sociální péče atd. (Fukanová 2003, s. 47).

Logopedické ambulance poskytují logopedickou péči jak dětem, tak i dospělým. Zdravotní pojišťovny plně hradí standardní péči. Je potřeba se objednat v případě konzultace a při první návštěvě sebou přinést průkaz zdravotní pojišťovny dítěte nebo vlastní, pokud se jedná o dospělého, dále písemné doporučení od dětského nebo jiného lékaře (obvodní). Individuálně lze domluvit péči nadstandardní, kterou zdravotní pojišťovna, ale nehradí (Kutálková 2009, s. 198–199).

3.4 Školská poradenská zařízení

Školská poradenská zařízení se řídí *Vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*, ve znění vyhlášky č. 116/2011.

Dle této vyhlášky jsou školská poradenská zařízení Pedagogicko-psychologické poradny a Speciálně pedagogická centra.

Pedagogicko-psychologické poradny

Novosad (2009, s. 199–201) uvádí, že pedagogicko-psychologické poradny patří k nejznámějším typům poradenského zařízení zabývající se problematikou výchovy a školního vzdělávání u dětí a mládeže. Osoby věnující se klientům jsou psycholog, speciální pedagog, logoped a sociální pracovník. O vyšetření příp. o konzultaci v tomto zařízení může požádat rodič nebo zákonný zástupce, sám mladistvý, který je starší 15 let, dále příslušný pedagog, kdy se může jednat např. o ředitele školy, výchovného poradce, ale i učitelku mateřské školy. Vzhledem k tomu, že se ve většině případů jedná o nezletilou osobu, musí rodiče nebo zákonní zástupci s tímto vyšetřením souhlasit. Pedagogicko-psychologické poradny se zabývají např. poruchami chování, komunikace a případně jejich nápravou, radí v oblasti volby povolání nebo volby typu školy, vyšetřují školní zralost, posuzují vhodnost integrovaného vzdělávání nebo zařazení do speciální školy atd.

Speciálně pedagogická centra

Jedná se o speciální školská zařízení zabývající se určitým druhem zdravotního postižení nebo poruchy. Speciálně pedagogická centra jsou zaměřena na děti a mládež se smyslovým, tělesným, mentálním postižením, s vadami řeči a dále také děti a mládež, u kterých se vyskytuje kombinované postižení. Pracovníci centra jsou psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník, dále jsou tito pracovníci doplněni dalšími odborníky, mezi které patří logoped, rehabilitační pracovník a lékaři specialisté. (Novosad 2009, s. 203–205). Svoje služby poskytují rodičům dětí, školám, školským zařízením, orgánům státní správy ve školství, ale i dalším orgánům jiných resortů, které zabezpečují péči o zdravotně postižené. Mezi úkoly speciálně pedagogických center patří např. poskytování poradenské a metodické činnosti jak rodičům nebo zákonným zástupcům, tak i pedagogickým pracovníkům, zabezpečují speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, provádí depistáže dětí a mladistvých, poskytují pomoc dětem obtížně začlenitelných, vedou evidenci postižených a mladistvých, kteří jsou zařazeni do péče centra atd. (Kubová 1995, s. 15).

Klenková (2006, s. 216) uvádí, že hlavní úkoly speciálně pedagogických center zabývajících se narušenou komunikační schopností dětí a žáků jsou např. „stanovení konkrétních edukačních/reedukačních logopedických postupů, zabezpečování komunikační kompetence dětí, poskytování logopedické intervence s přihlédnutím na individuální potřeby klientů“.

Vztah mezi Pedagogicko-psychologickými poradnami a Speciálně pedagogickými centry

Činnost pedagogicko-psychologických poraden spočívá v pedagogicko-psychologické diagnostice a terapeutické péči o problémové jedince předškolního věku a žáků škol běžného typu, orientují se např. u předškolních dětí hlavně na zjišťování školní zralosti a laterality, na pedagogicko-psychologické ovlivňování rodičů a předškoláků, u kterých je výchova buď, opožděna nebo zanedbána, dále pečují o žáky základních škol s vývojovými poruchami učení a chování atd. Speciálně pedagogická centra se na rozdíl od Pedagogicko-psychologických poraden zabývají speciálně pedagogickou činností u postižených dětí. Speciálně pedagogická centra tedy nesuplují činnost pedagogicko-psychologických poraden, ani nepředstavují jejich konkurenci,

svojí činností navazují na činnost pedagogicko-psychologických poraden a doplňují tak poradenskou péči (Kubová 1995, s. 11).

3.5 Rodiče a logopedická péče

Logopedická péče je pro každý kraj jiná a je někdy velmi obtížné najít pracoviště v přiměřené blízkosti. V dnešní době to rodiče mají snazší než dříve, kdy museli jít jen ke svému obvodnímu odborníkovi, který jim byl přidělen, dnes si rodiče mohou sami vybrat odborníka (Kutálková 2009, s. 200). Při výběru logopeda je kromě vzdělání také zajímavá doporučení, které obdrželi od svých známých nebo rodičů navštěvující určitou ambulanci a mají s ní pozitivní zkušenosti. Mnoho rodičů je ochotno dojíždět s dítětem na konzultace k logopedovi do vzdálenějších míst, jestliže mají o této ambulanci dobré reference, i když je logopedická ambulance v místě jejich bydliště.

V okamžiku prvního setkání logoped musí být schopen navodit vzájemnou důvěru mezi ním, rodiči a dítětem. Ujišťuje rodiče o tom, že všechnu vynaloženou iniciativu směřuje k prospěchu dítěte. Logoped musí být optimisticky naladěný za každé situace, neboť negativismus nebo náznak skepse je přenášen na rodiče i dítě. Seznamuje rodiče se stupněm vývoje komunikace u dítěte. Vysvětluje rodičům, že přesně nelze vymezit časové období logopedické intervence vzhledem k tomu, že každé dítě je individualita s jinými vlastnostmi, schopnostmi, temperamentem a jinými dědičnými předpoklady. Upozorňuje rodiče na fakt, že po rychlém rozvoji může nastat období zpomalení, a není tudíž důvod ke znepokojení. Logoped zodpovídá veškeré dotazy rodičů týkající se domácího procvičování. Rodiče musí přesně vědět, jakým způsobem mají doma s dětmi pracovat a také jaký je cíl konkrétního cvičení. S dítětem musí cvičení provádět člověk, který si s dítětem dobře rozumí, navodí pocit klidu a pohody. Je důležité nečekat perfektní výkony od dítěte během procvičování, ale sledovat postupné zlepšení, a podle toho pomalu zvyšovat náročnost cvičení. Je nezbytné, aby rodič dítě za každý výkon a především snahu neustále chválil. Je nezbytné, aby s dítětem pracoval rodič, který nemá sám vadnou výslovnost, pokud tomu tak je, musí ho nahradit jiný člen rodiny. Kromě výslovnosti je stejně významná také hlasitost projevu, kterou dítě napodobuje. Logoped také rodičům radí jaké knihy a pomůcky jsou pro dítě vhodné k rozvoji řeči (Vládková 2007, s. 26, 29–31).

Jak uvádí Vágnerová (2005, s. 18–19) rodina je nejvýznamnější sociální skupinou ovlivňující psychický vývoj dítěte. Dítěti poskytuje rodina základní zkušenosti, potřebný zdroj jistoty a bezpečí. „Rodinné prostředí určuje, jaké schopnosti

a dovednosti jsou ceněny a naopak, co je považováno za zbytečné. Odráží se zde hodnotový systém rodiny i celková úroveň obou rodičů, resp. všech dospělých členů rodiny, její celkový kontext.“ Hlavní roli v úspěchu nebo neúspěchu reedukace mají postoje rodiny. Menší šanci na úspěch mají ti rodiče, kteří běhají od jednoho odborníka k druhému domnívající se, že dosáhnou rychlejšího úspěchu, rodiče nepravidelně chodící, kdy jednou přijdou a dvakrát se jim to nehodí. Naopak rodiče dodržující doporučení terapeuta, přemýšlející o tom, kde se stala chyba a rozumně se chovající, mají větší šanci na úspěch (Kutálková 2009, s. 129). „Pokud je vzájemná spolupráce rodičů dítěte s logopedem na dobré úrovni, může být výhodná pro všechny zúčastněné strany.“ Pro dítě je rodič velice důležitý, představuje pro něj zdroj bezpečí a jistoty, poskytuje mu psychickou podporu a tím, že se rodiče spoluúčastní logopedické péče o své dítě společně s logopedem, celý proces zefektivní (Vládková 2007, s. 34).

Základní pravidla úspěšné logopedické péče dle Kutálkové (2011, s. 56–57):

- dodržovat dohodnuté termíny – v případě neschopnosti přijít včas to nahlásit a domluvit si nový termín,
- dodržovat co nejpřesněji doporučené postupy,
- pokud navržený postup nevyhovuje nebo existují nějaké nejasnosti požádat o vysvětlení, dohodnuté postupy neměnit ani podle příruček či rad od příbuzných nebo známých,
- věnovat se zadaným úkolům pravidelně, několikrát denně, jenom krátkou chvíli (lze s dítětem dohodnout odměnu po splnění úkolu, lepší je využívat počet správných pokusů než časový údaj např. „až to řekneme 10x správně, cvičení skončí a dostaneš odměnu),
- evidovat splněné úkoly např. čárkami v kalendáři a poté lze dohodnout s dítětem cílovou prémie za určitý splněný počet úkolů,
- vyhýbat se pokynům: „řekni to znovu, opakuj to, oprav se“ atd. (dítě se pak bojí mluvit, má trému nebo může trucovat a být až agresivní),
- formulace, která je nesprávná nebo nepřesně vyslovené slovo po dítěti opakovat správně, s mírně zvýrazněnou změnou,
- používat časopisy, knížky, obrázky, skládačky pro podporu rozvoje slovní zásoby a vyjadřovací obratnosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Vymezení cílů bakalářské práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat logopedickou péči v MŠ města Liberce a kvalifikaci jejich pedagogů v oblasti logopedie. Další zaměření cíle je zjistit spolupráci mezi MŠ a jinými institucemi zabývajícími se problematikou narušené komunikační schopnosti. Jinými institucemi jsou především myšlena, školská poradenská zařízení, např. Pedagogicko-psychologické poradny a Speciálně pedagogická centra. Získaná data z provedeného dotazníkového šetření daného regionu budou vyhodnocena a interpretována pomocí tabulek a grafů.

4.2 Předpoklady průzkumu

S ohledem na uvedené cíle byly stanoveny tři předpoklady, pomocí kterých budou interpretovány výsledky průzkumného šetření.

Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že v současné době budou již všechny MŠ daného regionu poskytovat logopedickou péči ve svých institucích.

Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že pedagogové v těchto MŠ poskytujících logopedickou péči budou pracovat na pozici logopedického asistenta než na pozici logopedického preventisty.

Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že MŠ spolupracují v problematice narušené komunikační schopnosti více se Speciálně pedagogickým centrem než s Pedagogicko-psychologickou poradnou.

4.3 Použité průzkumné metody

K získání potřebných údajů byla použita metoda dotazování, konkrétně technika dotazník (viz Příloha č. 1), a analýza dokumentů MŠ (Školní vzdělávací program). V odborné literatuře je dotazník definován následovně. „P. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“ (Chrástka 2007, s. 63).

Podle způsobu odpovědi respondenta se rozlišují **otevřené** a **uzavřené** položky (nestrukturované a strukturované). **Otevřené** položky neboli otázky jsou takové, u kterých respondent odpověď vytváří sám, respondentovi nenavrhují žádné hotové odpovědi.

U **uzavřených** položek je respondentovi předkládán vždy určitý počet předem připravených odpovědí. „Podle počtu předkládaných odpovědí lze uzavřené položky rozdělit na *dichotomické* a *polytomické*.“ Pokud se jedná o dvě vzájemně vylučující se odpovědi (např. ano – ne) jedná se o položky dichotomické, *nepravou dichotomií* se označují dvě existující odpovědi na danou položku, které se vzájemně nevylučují. *Polytomické* položky předkládají více jak dvě odpovědi, dále se dělí na výběrové, výčtové a stupnicové. U výběrových položek je respondentovi předkládáno více odpovědí, kde má jednu z nich vybrat. „Příklad polytomické položky s výběrem odpovědí:

Býváte spokojen(a) se svými výsledky u zkoušek?

A vždy ano

B většinou ano

C někdy ano, někdy ne

D většinou ne

E nikdy“

Polozavřená položka se označuje taková, kdy využijeme možnosti nabídky „jiná odpověď“, kterou volí respondent v případě nevyhovujících nabízených možností odpovědí.

Příklad:

„Na které střední škole jste maturovala?“

A na gymnáziu

B na střední odborné škole

C na středním odborném učilišti

D na jiné střední škole (uveďte které).....“

Výčtové jsou takové, kdy respondent vybírá současně několik odpovědí, počet je buď neomezený, nebo je určen instrukcí. U **stupnicové** položky se respondentům předkládá určitý počet odpovědí, které mají podle určitého kritéria seřadit (Chráska 2007, s. 165–167).

V průzkumném šetření byl použit nestandardizovaný dotazník, složený z 23 otázek. Z toho 4 otázky byly otevřené, 9 uzavřených a 10 otázek polouzavřených. V dotazníku bylo 9 otázek zaměřeno na zjišťování informací o respondentovi (dále jen pedagogovi), další 4 otázky zjišťovaly základní informace o mateřské škole a zbývajících 10 otázek bylo zaměřeno na logopedickou péči a vady řeči vyskytující se u dětí v mateřských školách. Před samotnou realizací dotazníkového šetření byly zjišťovány bližší informace k osloveným MŠ. Jednalo se o školní vzdělávací programy, kterými se řídí příslušné MŠ, jejímž obsahem je např. charakteristika školy, charakteristika a vzdělávací obsah školního vzdělávacího programu. Školní vzdělávací programy (ŠVP) byly, jak už bylo výše uvedeno, studovány před vlastním dotazníkovým šetřením z důvodu získání lepší orientaci logopedické péče ve vybraných MŠ.

4.4 Popis zkoumaného vzorku

Pro průzkumné šetření bylo náhodně vybráno **16 MŠ** ve městě Liberec. Vzhledem k tomu, že **2 MŠ** odmítly účast, průzkumného šetření se účastnilo **14 MŠ**. Dotazníkové šetření bylo určeno pro pedagogy MŠ v Liberci. V průzkumném šetření bylo prostřednictvím ředitelk MŠ osloveno **94** pedagogů, z toho dotazník vyplnilo **81** pedagogů. Informace o věkovém složení a délce praxe vykonané v MŠ jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Tabulka č. 1: Věková kategorie pedagoga

Věková kategorie pedagoga	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
19-25 let	3	3,70
26-31 let	12	14,81
32-37 let	10	12,35
38-43 let	9	11,11
44-49 let	20	24,69
50-55 let	18	22,22
56 a více let	9	11,11
Celkem	81	100

Tabulka č. 2: Praxe pedagoga

Praxe pedagoga	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
méně než 1 rok	2	2,47
1-5 let	16	19,75
6-10 let	6	7,41
11-20 let	14	17,28
21 let a více	43	53,09
Celkem	81	100

Jak vyplývá z údajů v tabulce č. 1, 2 nejčastější věkovou kategorií oslovených pedagogů je věk v rozmezí **44–49 let** a nejčastější délka praxe dosažená pedagogem v MŠ je v rozmezí **21 let a více**.

4.5 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

V této části bakalářské práce budou prezentována data pocházející ze samotného průzkumu a také jejich interpretace.

4.5.1 Průběh průzkumu

Dotazníky byly osobně předány ředitelkám MŠ s tím, že jim byl záměr a obsah podrobně vysvětlen. Důvodem bylo proškolení ředitelky, která pedagogům vysvětlovala záměr a způsob vyplňování dotazníku. Ředitelky byly ujištěny, že veškeré získané informace budou prezentovány pouze v této bakalářské práci a bude zajištěna jejich anonymita. Po domluveném časovém období byly dotazníky osobně vyzvednuty ve vybraných MŠ. Vzhledem k shora uvedeným skutečnostem došlo ze strany pedagogů k ochotě daný dotazník vyplnit, neboť z celkového počtu rozdaných **94** dotazníků bylo vyplněno **81 tj. 86,17 %**.

4.5.2 Výsledky průzkumu

*Otázka v dotazníku č. 1: **Jaká, pokud máte, je specializace Vaší MŠ?** (např. jazyková, montessori pedagogika, logopedická péče, apod.)*

*Otázka v dotazníku č. 2: **Kolik tříd má Vaše MŠ?***

*Otázka v dotazníku č. 3: **Uveďte prosím celkový počet dětí navštěvující Vaší MŠ.***

Otázka v dotazníku č. 4: Je ve Vaší MŠ zřízena speciální třída pro děti s vadami řeči?

Shora uvedené otázky dotazníku jsou popsány níže pro každou MŠ zvlášť, jelikož každá z nich má rozdílnou strukturu.

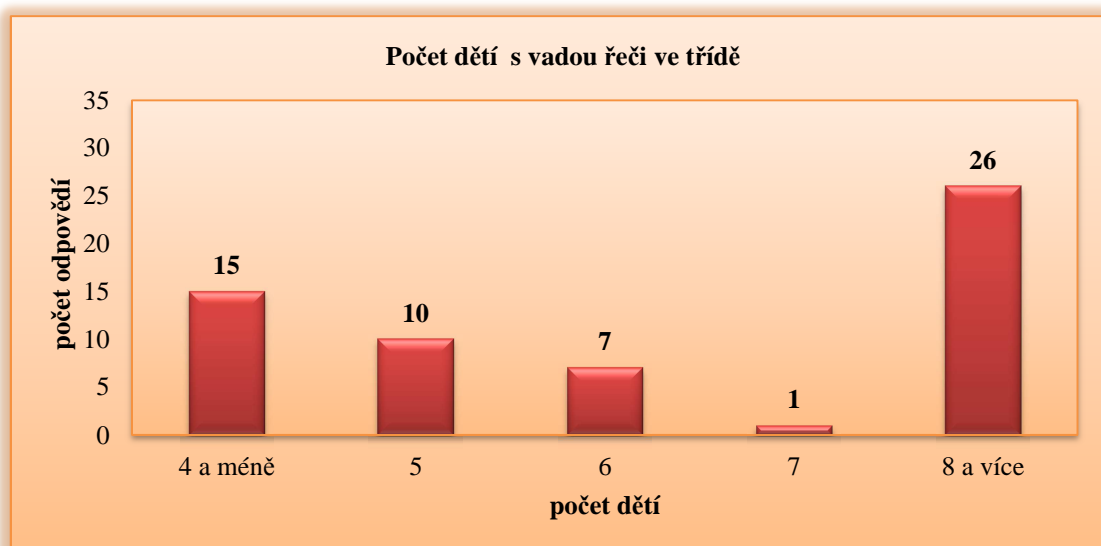
Tabulka č. 3: Základní informace o MŠ

MŠ	Počet dětí navštěvující MŠ	Počet běžných tříd MŠ	Počet speciálních tříd MŠ
1.	90	3	1 třída zaměřená na narušenou komunikační schopnost
2.	135	5	0
3.	73	3	0
4.	125	5	0
5.	112	4	0
6.	217	8	0
7.	60	3	0
8.	77	4	0
9.	98	3	1 třída zaměřená na narušenou komunikační schopnost
10.	25	0	3 třídy zaměřené na tělesné postižení + kombinované vady
11.	53	1	2 třídy zaměřené na narušenou komunikační schopnost
12.	24	0	2 třídy zaměřené na narušenou komunikační schopnost+1 třída zaměřená na vady sluchu
13.	184	6	4 třídy zaměřené na kombinované vady+1 třída zaměřená na vady zraku
14.	130	5	2 třídy zaměřené na narušenou komunikační schopnost

Otázka v dotazníku č. 5: Pokud ve Vaší třídě jsou děti s vadami řeči, uveďte prosím jejich počet.

Tabulka č. 4: Počet dětí s vadou řeči ve třídě

Počet dětí s vadou řeči ve třídě	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
4 a méně	15	25,42
5	10	16,95
6	7	11,86
7	1	1,69
8 a více	26	44,07
Celkem	59	100



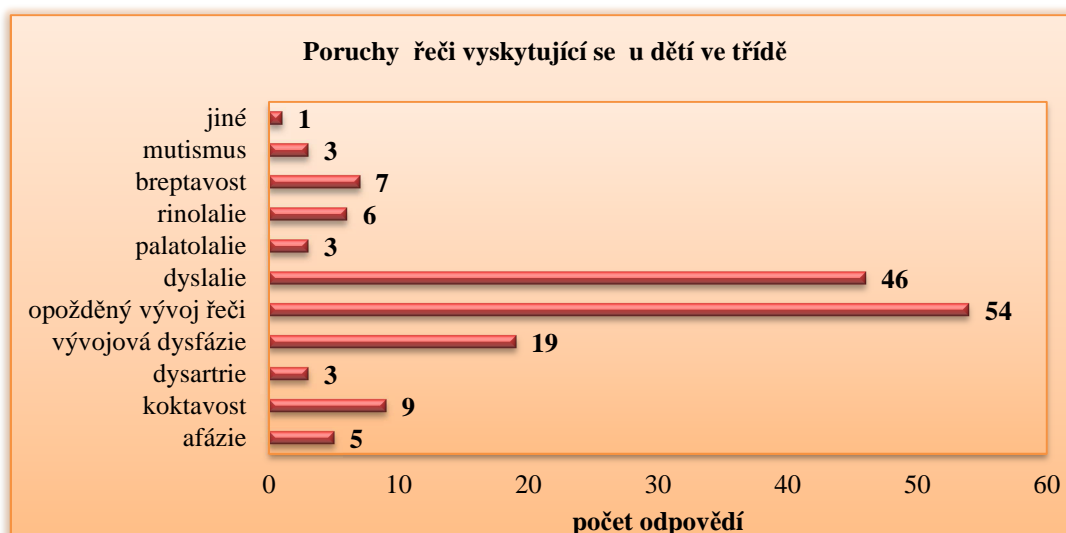
Graf č. 1: Počet dětí s vadou řeči ve třídě MŠ

Na tuto otázku odpovídali pouze ti pedagogové, kteří ve své třídě měli děti s vadou řeči. Z tabulky č. 3 a grafu č. 1 vyplývá, že nejčastější odpověď byla 8 a více, kterou uvedlo **26 pedagogů** (tj. 44, 07 %), **15 pedagogů** (tj. 25, 42 %) odpovědělo, že v jejich třídě se vyskytují 4 a méně dětí s vadou řeči, **10 pedagogů** (tj. 16, 95 %) uvedlo 5 dětí s vadou řeči, **7 pedagogů** (tj. 11,86 %) uvedlo 6 dětí s vadou řeči, **1 pedagog** (tj. 1, 69%) uvedl 7 dětí s vadou řeči.

Otázka v dotazníku č. 6: **Jaké poruchy řeči se vyskytují u dětí ve Vaší třídě? Upřesněte prosím, počet dětí s poruchou řeči.**

Tabulka č. 5: Poruchy řeči vyskytující se u dětí ve třídě

Poruchy řeči vyskytující se u dětí ve třídě	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
afázie	5	3,21
koktavost	9	5,77
dysartrie	3	1,92
vývojová dysfázie	19	12,18
opožděný vývoj řeči	54	34,62
dyslalie	46	29,49
palatolalie	3	1,92
rinolalie	6	3,85
breptavost	7	4,49
mutismus	3	1,92
jiné	1	0,64
Celkem	156	100



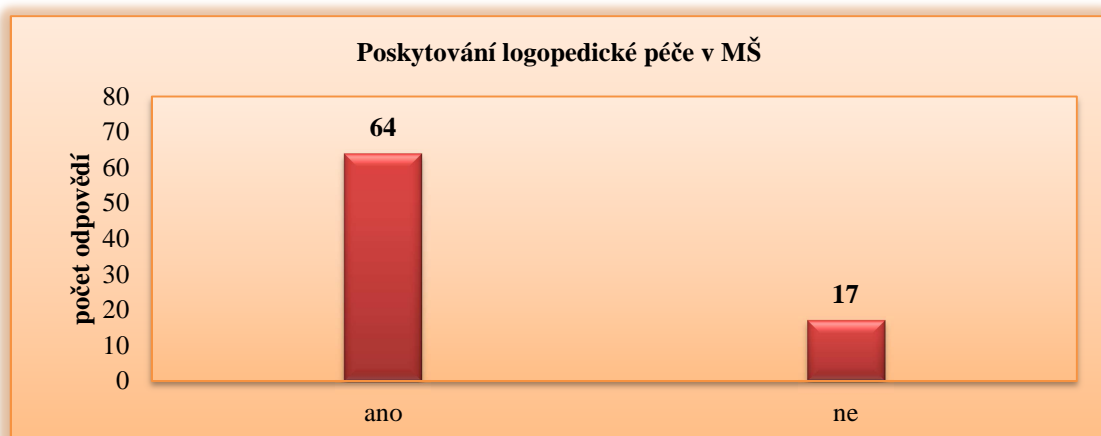
Graf č. 2: Poruchy řeči vyskytující se u dětí ve třídě

V této otázce pedagogové mohli zvolit více odpovědí. Z grafu č. 2 a tabulky č. 5 vyplývá, že nejčastější poruchou řeči vyskytující se u dětí byl **opožděný vývoj řeči** (tj. 34,62 %), následovala **dyslalie** (tj. 29,49 %), **vývojová dysfázie** (tj. 12,18 %), **koktavost** (tj. 5,77 %), **breptavost** (tj. 4,49 %), **rinolalie** (tj. 3,85 %) a **afázie** (tj. 3,21 %), vyskytující se poruchou v MŠ byl také **mutismus** (tj. 1,92 %), **dysartrie** (tj. 1,92 %) a **palatolalie** (tj. 1,92 %). U položky **jiné** poruchy řeči odpověděl 1 pedagog (tj. 0,64 %), že ve své třídě má dítě se **symptomatickou poruchou řeči**. K vyhodnocení shora uvedeného grafu – konkrétně k odpovědi afázie je nutné dodat, že v dětském věku je tato vada řeči velice vzácná, neboť se jedná o poruchu řeči, jejíž příčinou jsou např. cévní mozkové příhody, úrazy mozku atd. Z tohoto důvodu se lze domnívat, že znalost pedagogů týkající se vad řeči je nedostatečná, a tím zřejmě došlo k mylné volbě odpovědi a to ve vztahu záměny s vývojovou dysfázií.

Otázka v dotazníku č. 7: Je ve Vaší MŠ poskytována logopedická péče?

Tabulka č. 6: Poskytování logopedické péče v MŠ

Poskytování logopedické péče	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
ano	64	79,01
ne	17	20,99
Celkem	81	100



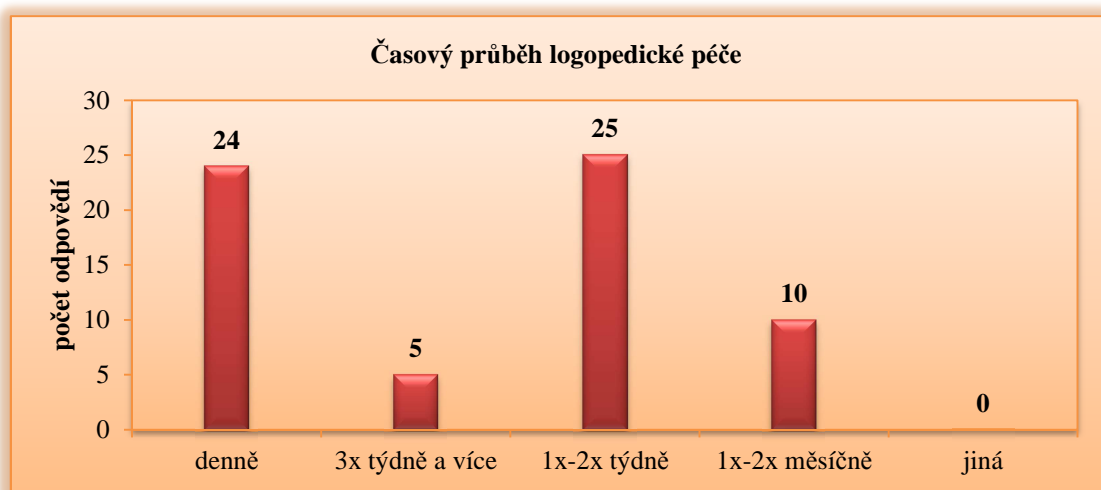
Graf č. 3: Poskytování logopedické péče v MŠ

Z tabulky č. 6 a grafu č. 3 je patrné, že z **81** dotazovaných pedagogů odpovědělo **64 kladně** (tj. 79,01 %), na otázku poskytování logopedické péče v MŠ a **17 pedagogů** (tj. 20,99 %) odpovědělo, že v MŠ, ve které pracují, logopedickou péčí neposkytují.

Otázka v dotazníku č. 8: Pokud jste zvolili v předchozí otázce odpověď ano, odpovězte na následující otázky, jak často probíhá logopedická péče ve Vaší MŠ?

Tabulka č. 7: Časový průběh logopedické péče u dětí v MŠ

Časový průběh logopedické péče u dětí v MŠ	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
denně	24	37,50
3x týdně a více	5	7,81
1x-2x týdně	25	39,06
1x-2x měsíčně	10	15,63
jiná	0	0,00
Celkem	64	100



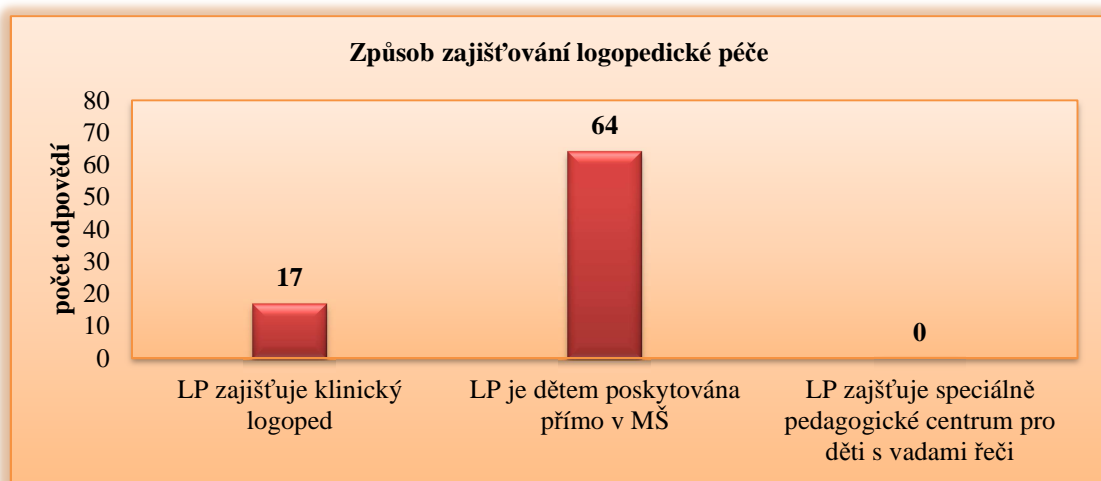
Graf č. 4: Časový průběh logopedické péče

Z tabulky č. 7 a grafu č. 4 vyplývá, že nejčastější odpověď pedagogové uváděli, že logopedickou péči u dětí je prováděna **1x-2x týdně** (tj. 39, 06 %), druhou nejčastější odpovědí bylo **denně** (tj. 37,5 %), následovalo **1x-2x měsíčně** (tj. 15, 63 %), odpověď **3x týdně a více** uvedlo 5 pedagogů (tj. 7,81 %).

Otázka v dotazníku č. 9: Jakým způsobem je zajišťována logopedická péče (LP) dětem, které navštěvují Vaši MŠ?

Tabulka č. 8: Způsob zajišťování logopedické péče

Způsob zajišťování logopedické péče	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
LP zajišťuje klinický logoped	17	20,99
LP je dětem poskytována přímo v MŠ	64	79,01
LP zajišťuje speciálně pedagogické centrum pro děti s vadami řeči	0	0,00
Celkem	81	100



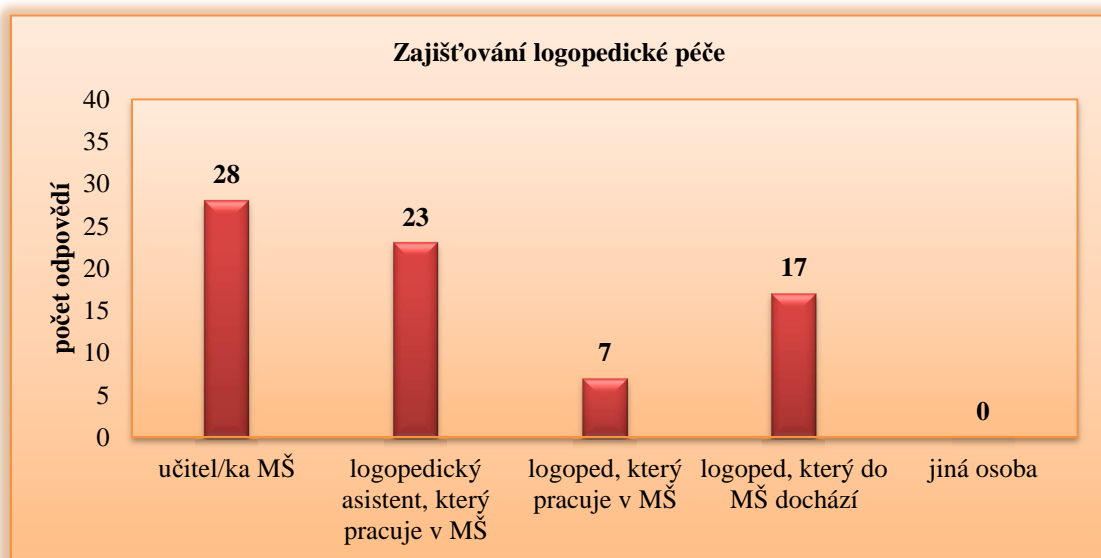
Graf č. 5: Způsob zajišťování logopedické péče

Z tabulky č. 8 a grafu č. 5 odpovědělo **64 pedagogů** (tj. 79,01 %), že logopedickou péči poskytují přímo v MŠ, **17 pedagogů** (tj. 20,99 %) odpovědělo, že logopedickou péči zajišťuje klinický logoped, na variantu logopedické péče zajišťované speciálně pedagogickým centrem neodpověděl nikdo. Na základě zjištěných informací poskytnutých pracovníkem Speciálně pedagogického centra v Liberci lze uvést, že logopedickou péči dětem zajišťují v 11 MŠ ze 14 vybraných. Ke zmiňovanému poskytování logopedické péče tímto centrem můžeme říci, že pracovník jezdí 2x do roka do vybraných MŠ na supervize, kdy na zjištěné nedostatky pedagogy upozorní. Zbylé tři MŠ speciálně pedagogické centrum nekontaktují ohledně logopedické péče u dětí, ani pracovník speciálně pedagogického centra tyto MŠ nenavštěvuje, jelikož to situace v MŠ nevyžaduje. Pokud by to situace vyžadovala, jsou rodiče odkázáni pracovníkem MŠ na speciálně pedagogické centrum.

Otázka v dotazníku č. 10: Kdo logopedickou péči ve Vaší MŠ zajišťuje?

Tabulka č. 9: Zajišťování logopedické péče

Zajišťování logopedické péče	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
učitel/ka MŠ	28	37,33
logopedický asistent, který pracuje v MŠ	23	30,67
logoped, který pracuje v MŠ	7	9,33
logoped, který do MŠ dochází	17	22,67
jiná osoba	0	0,00
Celkem	75	100



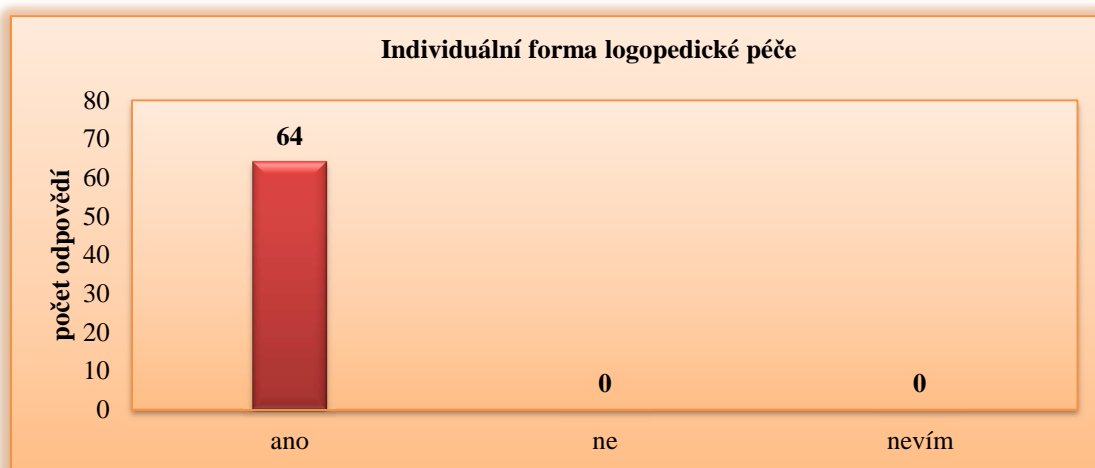
Graf č. 6: Zajišťování logopedické péče

Vzhledem k tomu, že v některých mateřských školách pracuje současně více odborníků na logopedickou péči, tak pedagogové mohli zvolit více odpovědí na tuto otázku. Z tabulky č. 9 a grafu č. 6 vyplývá, že **nejčastěji logopedickou péčí u dětí provádí učitelka MŠ** (tj. 37,33 %), následoval **logopedický asistent**, který pracuje v MŠ (tj. 30,67 %), **logoped, který do MŠ dochází** (tj. 22,67 %) a nejméně odpovědí získal **logoped, který pracuje v MŠ** (tj. 9,33 %).

Otázka v dotazníku č. 11: Je logopedická péče ve Vaší MŠ poskytována individuální formou, tj. samotná sezení s jednotlivci?

Tabulka č. 10: Individuální forma logopedické péče

Poskytování logopedické péče v MŠ individuální formou	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
ano	64	100
ne	0	0
nevím	0	0
Celkem	64	100



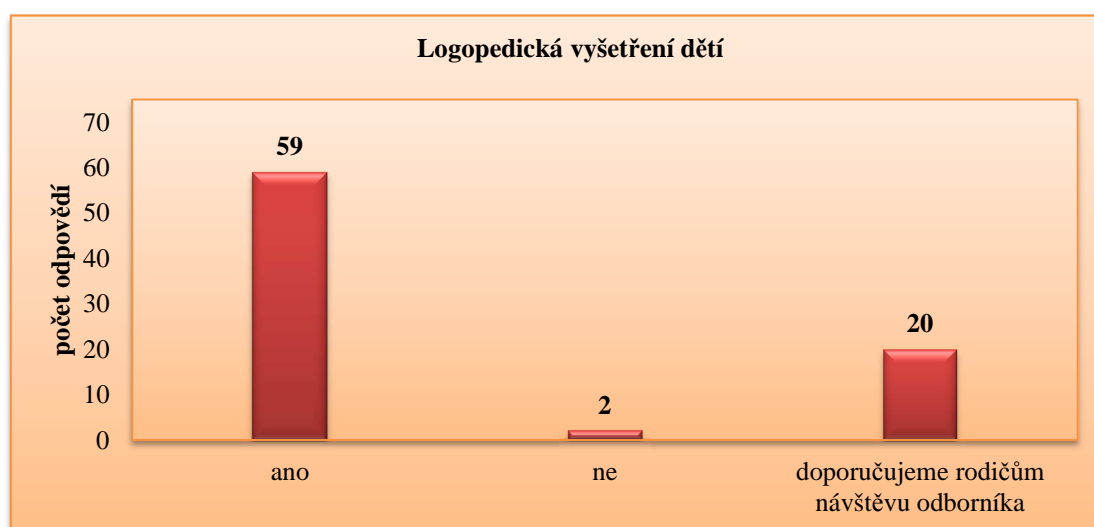
Graf č. 7: Individuální forma logopedické péče

Z tabulky č. 10 a grafu č. 7 vyplývá, že všech **64 pedagogů** (tj. 100 %) odpovědělo, že poskytují logopedickou péči v MŠ individuální formou.

Otázka v dotazníku č. 12: Provádí Vaše MŠ logopedická vyšetření dětí?

Tabulka č. 11: Logopedická vyšetření dětí

Logopedická vyšetření dětí	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
ano	59	72,84
ne	2	2,47
doporučujeme rodičům návštěvu odborníka	20	24,69
Celkem	81	100



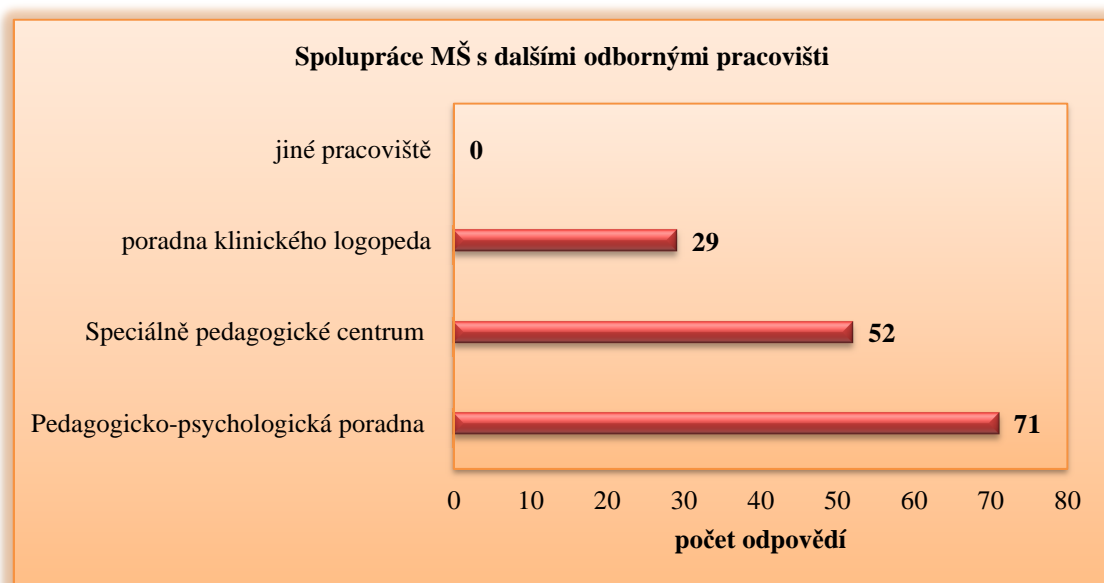
Graf č. 8: Logopedická vyšetření dětí

Z tabulky č. 11 a grafu č. 8 vyplývá, že **59 pedagogů** (tj. 72,84 %) odpovědělo, že logopedická vyšetření provádí, **2 pedagogové** (tj. 2,47 %) odpověděli, že ne, **20 pedagogů** (tj. 24,69 %) odpovědělo, že doporučují rodičům návštěvu odborníka.

Otázka v dotazníku č. 13: Spolupracuje Vaše MŠ s některými z dalších odborných pracovišť v oblasti narušené komunikační schopnosti?

Tabulka č. 12: Spolupráce MŠ s dalšími odbornými pracovišti

Spolupráce MŠ s dalšími odbornými pracovišti	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Pedagogicko-psychologická poradna	71	46,71
Speciálně pedagogické centrum	52	34,21
poradna klinického logopeda	29	19,08
jiné pracoviště	0	0,00
Celkem	152	100



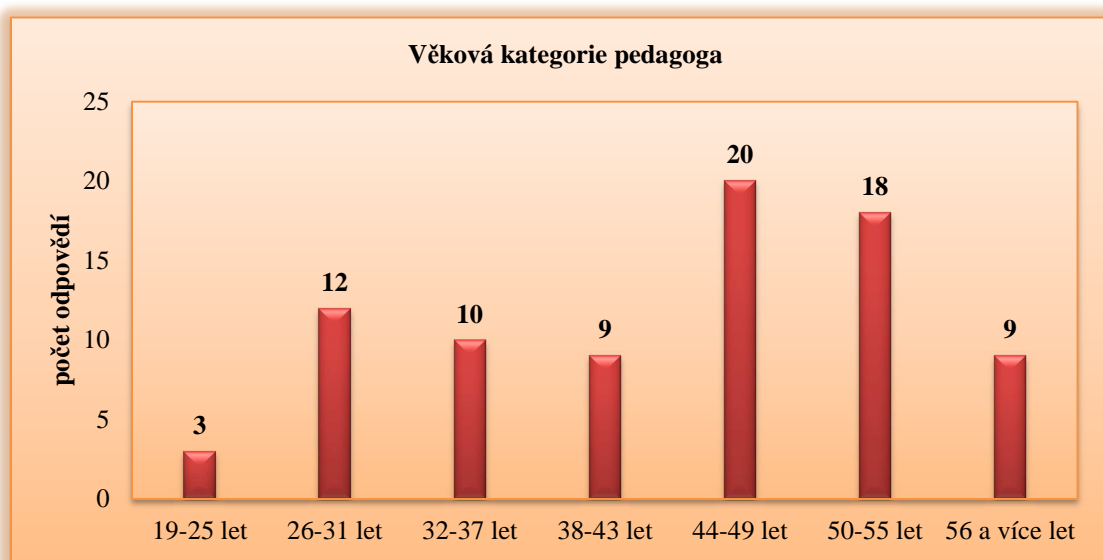
Graf č. 9: Spolupráce MŠ s dalšími odbornými pracovišti

V této otázce pedagogové mohli zvolit více odpovědí. Z tabulky č. 12 a grafu č. 9 vyplývá, že nejčastěji mateřské školy spolupracují s **Pedagogicko-psychologickou poradnou** (tj. 46,71 %), následovalo **Speciálně pedagogické centrum** (tj. 34,21 %), a nejmenší počet odpovědí (tj. 19,08 %) bylo zaznamenáno pro **spolupráci s poradnou klinického logopeda**.

Otázka v dotazníku č. 14: Jaká je Vaše věková kategorie?

Tabulka č. 13: Věková kategorie pedagoga

Věková kategorie pedagoga	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
19-25 let	3	3,70
26-31 let	12	14,81
32-37 let	10	12,35
38-43 let	9	11,11
44-49 let	20	24,69
50-55 let	18	22,22
56 a více let	9	11,11
Celkem	81	100



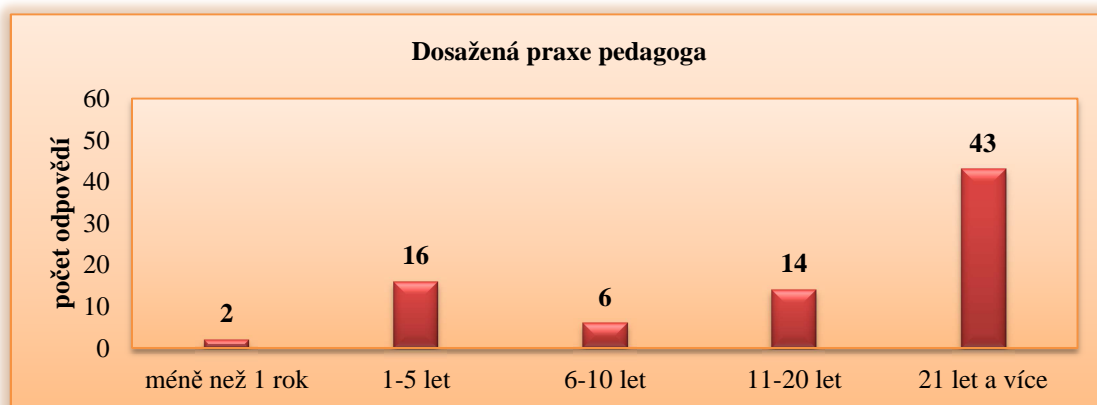
Graf č. 10: Věková kategorie pedagoga

Z tabulky č. 13 a grafu č. 10 vyplývá, že **20 pedagogů** (tj. 24,69 %) je ve věku 44-49 let, **18 pedagogů** (tj. 22,22 %) je ve věku 50-55 let, **12 pedagogů** (tj. 14,81 %) je ve věku 26-31 let, **10 pedagogů** (tj. 12,35 %) je ve věku 32-37, **9 pedagogů** (tj. 11,11 %) je ve věku 38-43 a **9 pedagogů** (tj. 11,11 %) je ve věku 56 a více let, **3 pedagogové** (tj. 3,7 %) jsou ve věku 19-25 let.

Otázka v dotazníku č. 15: Jak dlouho pracujete v MŠ?

Tabulka č. 14: Dosažená praxe pedagoga

Dosažená praxe pedagoga	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
méně než 1 rok	2	2,47
1-5 let	16	19,75
6-10 let	6	7,41
11-20 let	14	17,28
21 let a více	43	53,09
Celkem	81	100



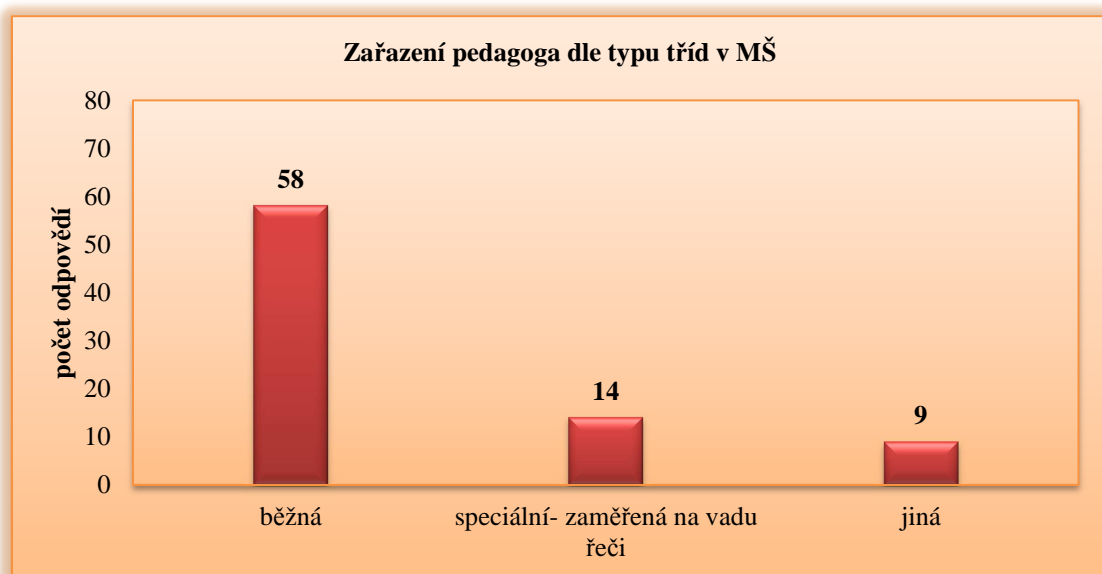
Graf č. 11: Dosažená praxe pedagoga

Z tabulky č. 14 a grafu č. 11 vyplývá, že **43 pedagogů** (tj. 53, 09 %) má praxi 21 let a více, **16 pedagogů** (tj. 19, 75 %) má praxi 1-5 let, **14 pedagogů** (tj. 17,28 %) 11-20 let, **6 pedagogů** (tj. 7,41 %) praxi 6-10 let a **2 pedagogové** (tj. 2, 47 %) mají praxi menší než 1 rok.

Otázka v dotazníku č. 16: V jaké třídě ve Vaší MŠ pracujete?

Tabulka č. 15: Zařazení pedagoga dle typu tříd v MŠ

Zařazení pedagoga dle typu tříd v MŠ	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
běžná	58	71,60
speciální- zaměřená na vadu řeči	14	17,28
jiná	9	11,11
Celkem	81	100



Graf č. 12: Zařazení pedagoga dle typu tříd v MŠ

Z tabulky č. 15 a grafu č. 12 vyplývá, **58 pedagogů** (tj. 71,6 %) odpovědělo, že pracují v běžné třídě, **14 pedagogů** (tj. 17,28 %) pracuje ve třídě speciální zaměřené na vadu řeči a **9 pedagogů** (tj. 11,11 %) pracuje v třídě jiné a to ve speciální třídě zaměřené na vady zraku, sluchu, kombinované vady.

Otázka v dotazníku č. 17 : Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tato otázka v dotazníku byla otevřená, **59 pedagogů** odpovědělo, že má středoškolské vzdělání (konkrétně Střední pedagogickou školu), **4 pedagogové** odpověděli, že mají středoškolské vzdělání + doplňkové studium speciální pedagogiky a **18 pedagogů** vysokoškolské (např. magisterské - učitelka pro 2. stupeň základní školy, speciální pedagogika, bakalářské - speciální pedagogika, sociální práce)

Otázka v dotazníku č. 18: Máte logopedické vzdělání?

Tabulka č. 16: Logopedické vzdělání pedagogů

Logopedické vzdělání pedagogů	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
ano	32	39,51
ne	49	60,49
Celkem	81	100



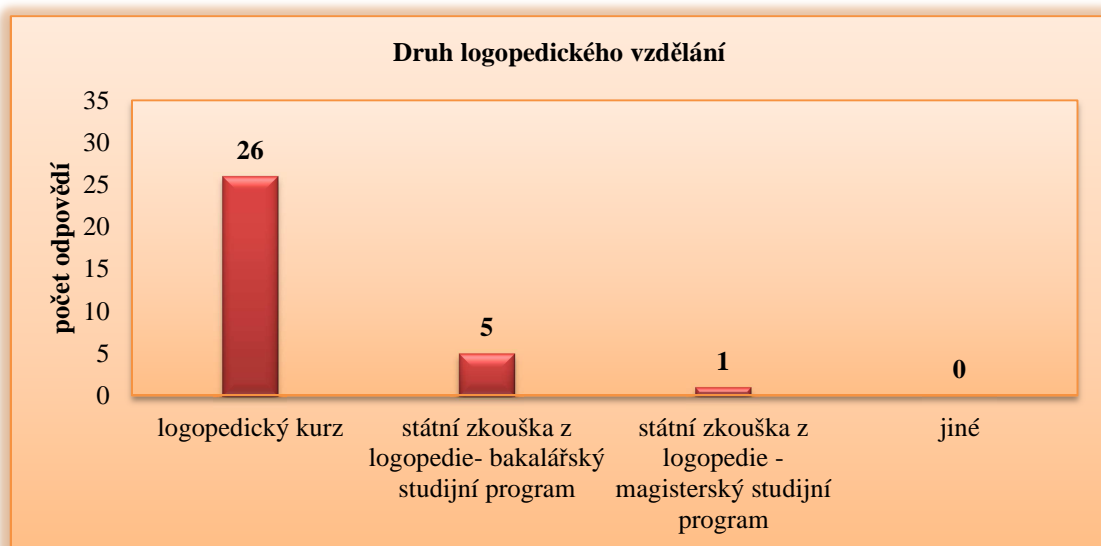
Graf č. 13: Logopedické vzdělání pedagogů

Tabulka č. 16 a graf č. 13 zobrazuje logopedické vzdělání pedagogů bez ohledu na to, zda pracují v MŠ s logopedickou péčí či nikoli. Z 81 dotazovaných pedagogů odpovědělo **32** (tj. 39,51 %), že logopedické vzdělání mají, **49 pedagogů** (tj. 60,49 %) toto vzdělání nemá.

Otázka v dotazníku č. 19: Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 17: Druh logopedického vzdělání

Druh logopedického vzdělání	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
logopedický kurz	26	81,25
státní zkouška z logopedie - bakalářský studijní program	5	15,63
státní zkouška z logopedie - magisterský studijní program	1	3,13
jiné	0	0,00
Celkem	32	100

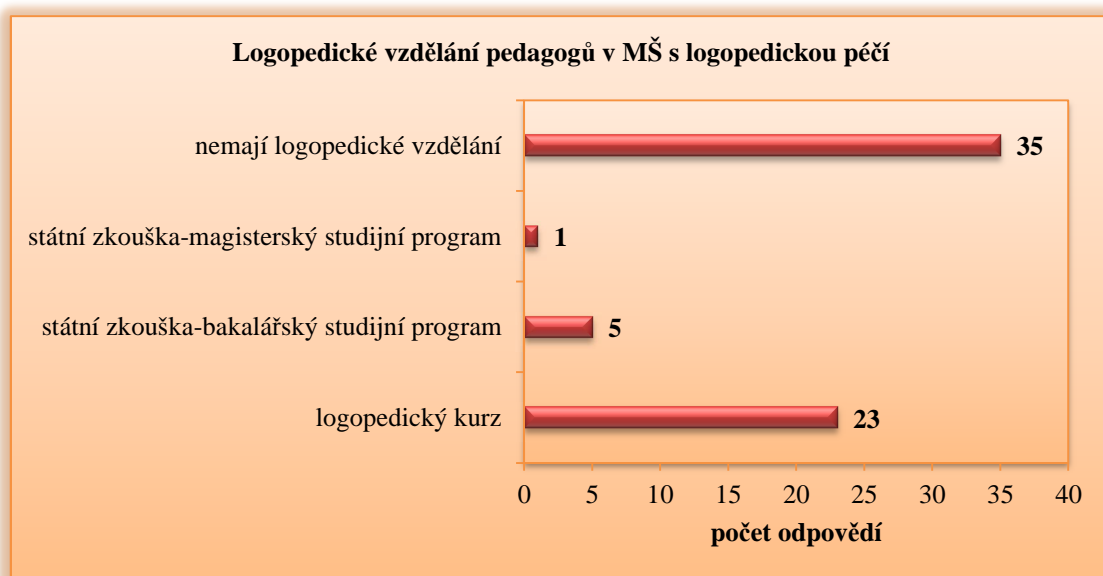


Graf č. 14: Druh logopedického vzdělání

Z grafu č. 17 a tabulky č. 16 vyplývá, že **26 pedagogů** (tj. 81,25 %) má logopedický kurz, **5 pedagogů** (tj. 15, 63 %) má státní zkoušku z logopedie – bakalářský studijní program a **1 pedagog** (tj. 3,13 %) má státní zkoušku z logopedie – magisterský studijní program.

Tabulka č. 18: Logopedické vzdělání pedagogů v MŠ s logopedickou péčí

Logopedické vzdělání pedagogů v MŠ s logopedickou péčí	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
logopedický kurz	23	35,94
státní zkouška - bakalářský studijní program	5	7,81
státní zkouška - magisterský studijní program	1	1,56
nemají logopedické vzdělání	35	54,69
Celkem	64	100



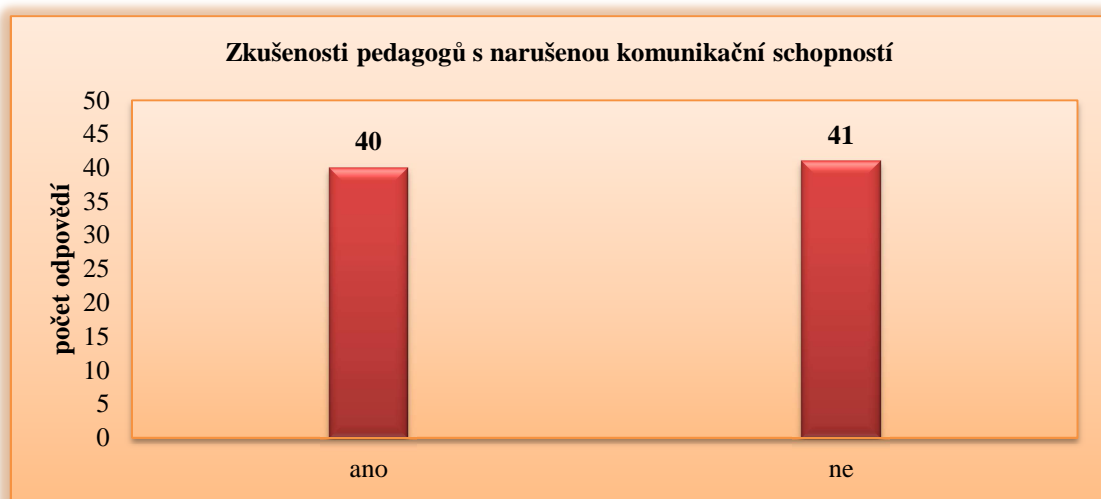
Graf č. 15: Logopedické vzdělání pedagogů v MŠ s logopedickou péčí

Tabulka č. 18 a graf č. 15 je zaměřen pouze na pedagogy, kteří pracují v MŠ poskytující logopedickou péči, kde **23 pedagogů** (tj. 35,94 %) má logopedický kurz, **5 pedagogů** (tj. 7,81 %) má státní zkoušku z logopedie v bakalářském studijním programu, **1 pedagog** (tj. 1,56 %) má státní zkoušku z magisterského studijního programu tzn., že celkový počet pedagogů s logopedickým vzděláním je 29 a **35 pedagogů** (tj. 54,69 %) logopedické vzdělání nemá.

Otázka v dotazníku č. 20: Máte zkušenosti s dětmi s narušenou komunikační schopností?

Tabulka č. 19: Zkušenosti pedagogů s narušenou komunikační schopností

Zkušenosti pedagogů s narušenou komunikační schopností	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
ano	40	49,38
ne	41	50,62
Celkem	81	100



Graf č. 16: Zkušenosti pedagogů s narušenou komunikační schopností

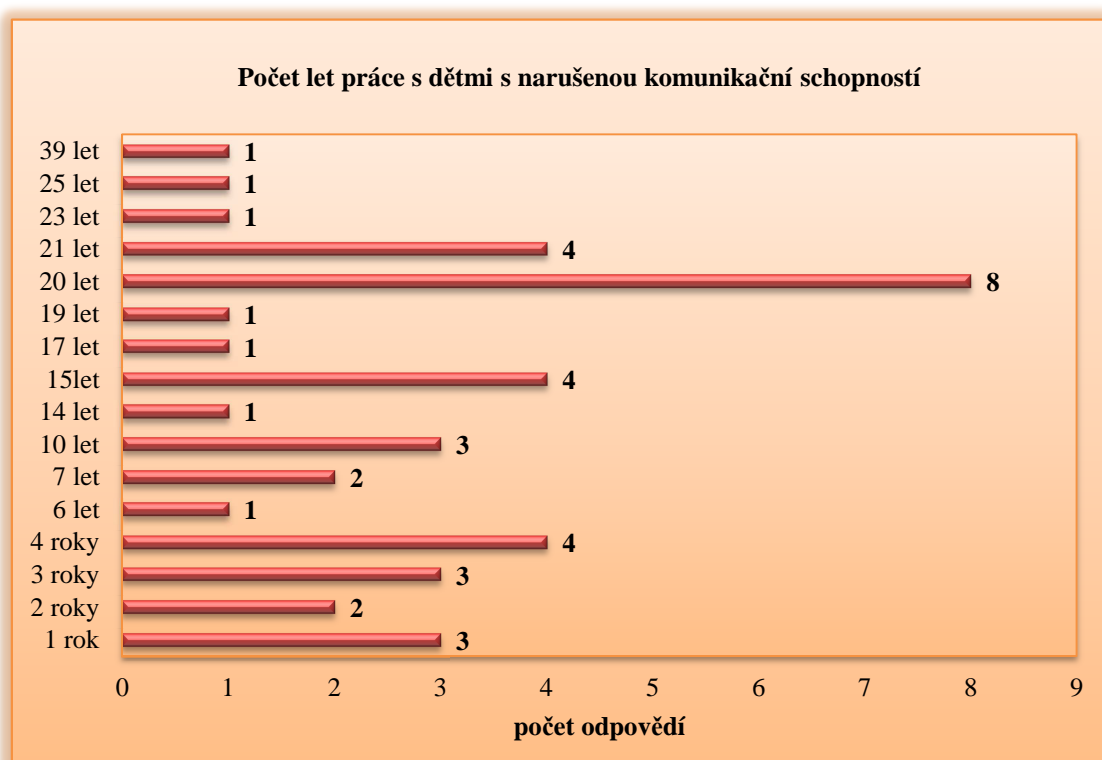
Z tabulky č. 19 a grafu č. 16 vyplývá, že **40 pedagogů** (tj. 50,62 %) má zkušenosti s dětmi s narušenou komunikační schopností a **41 pedagogů** (tj. 49,38 %) tuto zkušenost nemá.

Otázka v dotazníku č. 21: Jak dlouho (let) jste s dětmi s narušenou komunikační schopností pracovala nebo pracujete?

Tato otázka byla otevřená a každý pedagog uvedl počet let práce s dětmi s narušenou komunikační schopností. Pro lepší přehlednost je tato otázka zpracována do grafu a tabulky.

Tabulka č. 20: Počet let práce s dětmi s narušenou komunikační schopností

Počet let práce s dětmi s narušenou komunikační schopností	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
1 rok	3	7,5
2 roky	2	5
3 roky	3	7,5
4 roky	4	10
6 let	1	2,5
7 let	2	5
10 let	3	7,5
14 let	1	2,5
15let	4	10
17 let	1	2,5
19 let	1	2,5
20 let	8	20
21 let	4	10
23 let	1	2,5
25 let	1	2,5
39 let	1	2,5
Celkem	40	100



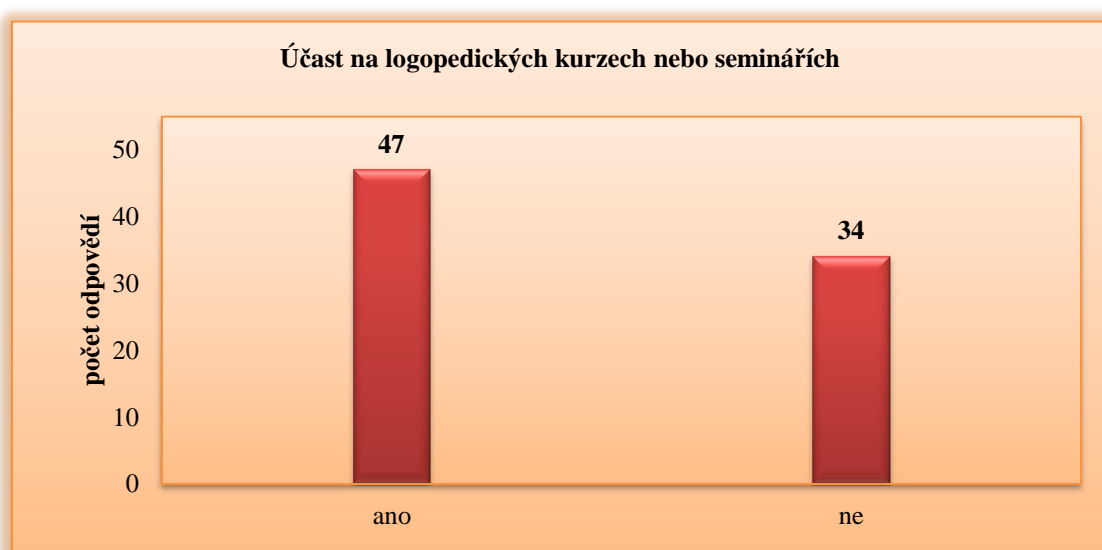
Graf č. 17: Počet let práce s dětmi s narušenou komunikační schopností

Tato otázka byla otevřená, **40 pedagogů** odpovědělo, že má zkušenosti s dětmi s narušenou komunikační schopností a napsalo počet let. Z tabulky č. 20 a grafu č. 17 vyplývá, že **8 pedagogů** má zkušenost 20 let, což je nejčastější odpověď.

Otázka v dotazníku č. 22: Využíváte možnosti účastnit se seminářů nebo kurzů zaměřených na logopedii?

Tabulka č. 21: Účast na logopedických kurzech nebo seminářích

Účast na logopedických kurzech nebo seminářích	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
ano	47	58,02
ne	34	41,98
Celkem	81	100



Graf č. 18: Účast na logopedických kurzech nebo seminářích

Z tabulky č. 21 a grafu č. 18 vyplývá, že **47 pedagogů** (tj. 58, 02 %) využívá možnosti účastnit se kurzů zaměřených na logopedii a **34 pedagogů** (tj. 41,98 %) tuto možnost nevyužívá.

Otázka v dotazníku č. 23: Jaké aktivity k rozvoji komunikačních dovedností s dětmi v kolektivu provádíte?

Tabulka č. 22: Aktivity rozvíjející komunikační dovednost

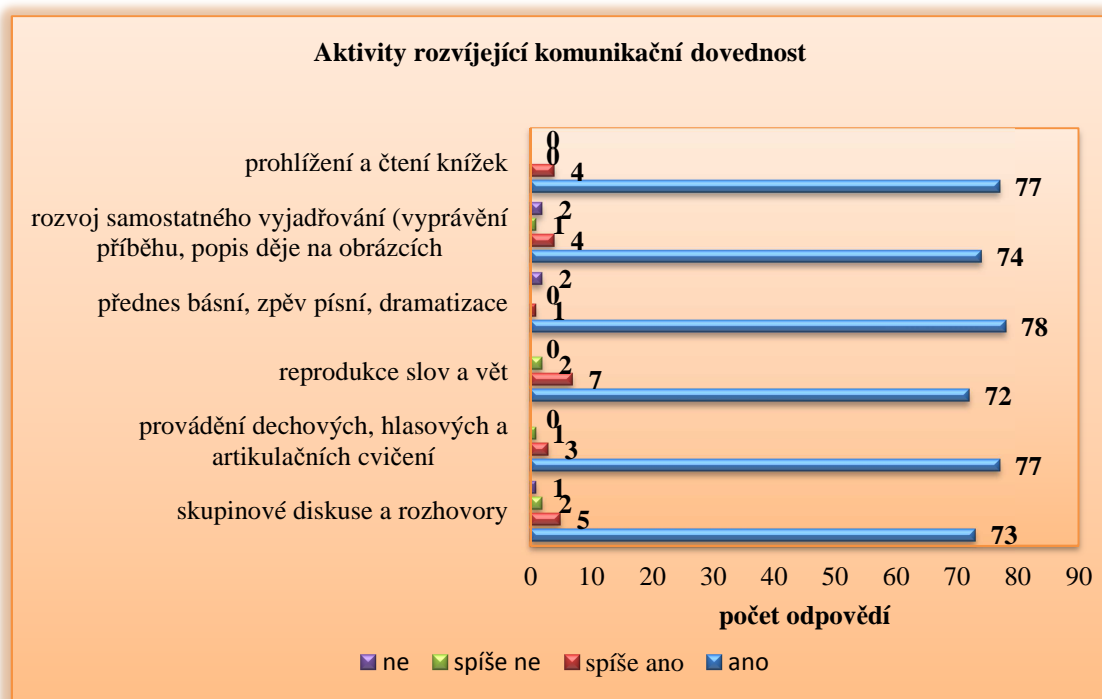
Aktivity rozvíjející komunikační dovednost	Skupinové diskuse a rozhovory	Vyjádřeno v %	Provádění dechových, hlasových a artikulačních cvičení	Vyjádřeno v %
ano	73	90,12	77	95,06
spíše ano	5	6,17	3	3,70
spíše ne	2	2,47	1	1,23
ne	1	1,23	0	0,00
Celkem	81	100	81	100

Tabulka č. 23: Aktivity rozvíjející komunikační dovednost

Aktivity rozvíjející komunikační dovednost	Reprodukce slov a vět	Vyjádřeno v %	Přednes básní, zpěv písní, dramatizace	Vyjádřeno v %
ano	72	88,89	78	96,30
spíše ano	7	8,64	1	1,23
spíše ne	2	2,47	0	0,00
ne	0	0,00	2	2,47
Celkem	81	100	81	100

Tabulka č. 24: Aktivity rozvíjející komunikační dovednost

Aktivity rozvíjející komunikační dovednost	Rozvoj samostatného vyjadřování (vyprávění příběhu, popis děje na obrázcích)	Vyjádřeno v %	Prohlížení a čtení knížek	Vyjádřeno v %
ano	74	91,36	77	95,06
spíše ano	4	4,94	4	4,94
spíše ne	1	1,23	0	0,00
ne	2	2,47	0	0,00
Celkem	81	100	81	100



Graf č. 19: Aktivity rozvíjející komunikační dovednost

Z tabulek č. 22, 23, 24 a grafu č. 19 vyplývá, že **73 pedagogů** (tj. 90,12 %) odpovědělo, že s dětmi provádí skupinové diskuse a rozhovory, **5 pedagogů** (tj. 6,17 %) odpovědělo spíše ano, **2 pedagogové** (tj. 2,47 %) spíše ne a **1 pedagog** (tj. 1,23 %) odpověděl ne. Provádění hlasových a artikulačních cvičení odpovědělo **77 pedagogů** (tj. 95,06 %) ano, **3 pedagogové** (tj. 3,7 %) spíše ano, **1 pedagog** (tj. 1,23 %) spíše ne. Reprodukce slov a vět odpovědělo **72 pedagogů** (tj. 88,89 %) ano, **7 pedagogů** (tj. 8,64 %) spíše ano a **2 pedagogové** (tj. 2,47 %) spíše ne. Na otázku přednes básní, zpěv písní, dramatizace odpovědělo **78 pedagogů** (tj. 96,30 %) ano, **1 pedagog** (tj. 1,23 %) spíše ano, **2 pedagogové** (tj. 2,47 %) ne. Rozvoj samostatného vyjadřování (vyprávění příběhu, popis děje na obrázcích) odpovědělo **74 pedagogů** (tj. 91,36 %) ano, **4 pedagogové** (tj. 4,94 %) spíše ano, **1 pedagog** (tj. 1,23 %) spíše ne, **2 pedagogové** (tj. 2,47 %) ne. Prohlížení a čtení knížek odpovědělo **77 pedagogů** (tj. 95,06 %) ano, **4 pedagogové** (tj. 4,94 %) spíše ano.

4.6 Ověření předpokladů průzkumu

Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že v současné době budou již všechny MŠ v daném regionu poskytovat logopedickou péči ve svých institucích.

Předpoklad byl stanoven s cílem zjistit pomocí průzkumného šetření, zda vybrané MŠ poskytují logopedickou péči přímo ve svých institucích. Tento předpoklad byl ověřován pomocí dotazníku (prostřednictvím otázky č. 7, 9)

Ověření předpokladu

Předpoklad byl ověřen jako **platný**. Z 81 dotazovaných pedagogů odpovědělo 64 kladně (tj. 79,01 %) na otázku poskytování logopedické péče v MŠ, pouze 17 pedagogů (tj. 20,99 %) odpovědělo záporně. Těchto 17 pedagogů odpovědělo, že logopedickou péči zajišťuje klinický logoped.

Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že pedagogové v těchto MŠ poskytujících logopedickou péči budou pracovat na pozici logopedického asistenta než na pozici logopedického preventisty.

Předpoklad byl stanoven s cílem zjistit pomocí průzkumného šetření, zda pedagogové pracující v MŠ poskytující logopedickou péči pracují na pozici logopedického asistenta než na pozici logopedického preventisty (tj. učitelky MŠ). Tento předpoklad byl ověřován pomocí dotazníku (prostřednictvím otázky č. 10)

Ověření předpokladu

Předpoklad byl ověřen jako **neplatný**. Na logopedické péči se dle průzkumu častěji podílí logopedický preventista (tj. učitelka MŠ) s 37,33 % než pedagog pracující na pozici logopedického asistenta (tj. 30,67 %).

Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že MŠ spolupracují v problematice narušené komunikační schopnosti více se Speciálně pedagogickým centrem než s Pedagogicko-psychologickou poradnou.

Předpoklad byl stanoven s cílem zjistit pomocí průzkumného šetření, zda dané vybrané MŠ spolupracují v problematice narušené komunikační schopnosti se Speciálně pedagogickým centrem než s Pedagogicko-psychologickou poradnou. Tento předpoklad byl ověřován pomocí dotazníku (prostřednictvím otázky č. 13)

Ověření předpokladu

Předpoklad byl ověřen jako **neplatný**. Dle výsledku průzkumu vyjádřilo z 81 pedagogů 52 (tj. 34,21 %), že MŠ spolupracují se Speciálně pedagogickým centrem, 71 pedagogů (tj. 46, 71 %) označilo v dotazníku Pedagogicko-psychologickou poradnu a 29 pedagogů (tj. 19,08 %) uvedlo spolupráci s poradnou klinického logopeda.

4.7 Shrnutí získaných dat

Provedeným průzkumem na základě stanovených předpokladů bylo zjištěno následující:

- Většina MŠ, které se účastnily průzkumného šetření, poskytuje logopedickou péči dětem s narušenou komunikační schopností a to přímo ve svých institucích.
- Z průzkumného šetření vyplynulo, že na logopedické péči se častěji podílí logopedický preventista než pedagog pracující na pozici logopedického asistenta.
- MŠ spolupracují nejčastěji s Pedagogicko-psychologickou poradnou.

Další zjištění z průzkumného šetření

- Ve třídách se vyskytovaly děti s vadou řeči, mezi nejčastější druhy narušené komunikační schopnosti se řadil opožděný vývoj řeči a dyslalie, dále se u dětí vyskytovala vývojová dysfázie a koktavost (otázky v dotazníku č. 5, 6).
- Logopedická péče je dětem v MŠ poskytována denně a 1x – 2x týdně (otázka v dotazníku č. 8).

- MŠ ve svých institucích poskytují individuální formu logopedické péče (otázka v dotazníku č. 11).
- Většina MŠ provádí logopedická vyšetření dětí, mateřské školy bez poskytování logopedické péče rodičům doporučují odborníka (otázka v dotazníku č. 12).
- Největší počet oslovených pedagogů byl ve věku mezi 44–49 lety. Nejčastější odpovědi na délku praxe pedagogů byla 21 let a více (otázka v dotazníku č. 14, 15).
- Většina tj. 58 pedagogů pracuje ve třídách běžných, zbylých 23 pedagogů pracuje ve třídách speciálních (otázka v dotazníku č. 16).
- Vzdělání pedagogů bylo nejčastěji středoškolské, někteří z mladších ročníků měli vzdělání vysokoškolské (otázka v dotazníku č. 17).
- 23 pedagogů absolvovalo logopedický kurz, 5 pedagogů má státní zkoušku z logopedie v bakalářském studijním programu, 1 pedagog má státní zkoušku z logopedie v magisterském studijním programu, logopedické vzdělání má tedy 29 pedagogů a 35 pedagogů toto vzdělání nemá (otázky v dotazníku č. 18, 19).
- Polovina pedagogů má dle průzkumu zkušenosti s dětmi s narušenou komunikační schopností, nejčastější odpovědi bylo 20 let (otázka v dotazníku č. 20, 21).
- Z 81 oslovených pedagogů 34 nevyužívá možnost účastnit se kurzů nebo seminářů zaměřených na logopedii (někteří z nich uvedli, že zatím ne, přednost je dávána pedagogům zaměřených na logopedii (otázka v dotazníku č. 22).
- Každá vybraná MŠ u dětí rozvíjí komunikační dovednosti v podobě skupinových diskusí a rozhovorů, prohlížení a čtení knížek, přednes básní, zpěv písní, dramatizace, reprodukce slov a vět, provádění dechových, artikulačních, hlasových cvičení, vyprávění příběhů. Materiály, které pedagogové k rozvoji komunikačních schopností využívali, jsou: leporela, zvukomalebná slova, soubory – jazyk a řeč, encyklopedie, říkadla, dětské knihy, dětské časopisy, loutky (otázka v dotazníku č. 23).

Dalším zjištěním z analýzy dokumentů (ŠVP) bylo zjištěno, že MŠ si vypracovávají vlastní ŠVP, které jsou v souladu s Rámcovými vzdělávacími programy pro předškolní vzdělávání. Na základě ŠVP si pedagogové vytvářejí třídní vzdělávací programy.

Polovina vybraných MŠ má zřízenou jednu nebo více speciálních tříd pro děti se zdravotním postižením. Se zřízením speciální třídy musí souhlasit místně příslušný krajský úřad podle § 16 odst. 8 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání, ve znění pozdějších předpisů. Ve speciálních třídách se pro každé dítě vypracovává individuální vzdělávací plán. V těchto speciálních třídách pracují pedagogové s odbornou kvalifikací z logopedie, kteří poskytují logopedickou péči i dětem, které nejsou zařazeny do speciálních tříd. Jedná se o vybrané MŠ, které jsou smíšené, tzn., mají běžné i speciální třídy. Tyto MŠ mají zřízen např. logopedický kroužek a provozují pro rodiče dětí s narušenou komunikační schopností logopedickou poradnu. Dále z analýzy dokumentů vyplynulo, že MŠ nabízejí nadstandardní aktivity v podobě kroužků pro děti (keramické, taneční kroužky atd.), dále MŠ často spolupracují kromě školských poradenských zařízení se základními školami, střední pedagogickou školou a také některé se zahraničními MŠ.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývala logopedickou péčí v MŠ. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat logopedickou péči v MŠ a kvalifikaci jejich pedagogů v oblasti logopedie. Dále si kladla za cíl zjistit spolupráci MŠ s jinými institucemi a to konkrétně se školskými poradenskými pracovišti.

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny tři předpoklady vycházející z cílů bakalářské práce. Práce byla rozčleněna na dvě oblasti a to část teoretickou a praktickou. Teoretická část na základě analýzy odborné literatury obsahovala základní pojmy související s komunikací, narušenou komunikační schopností a logopedickou péčí ve školství a zdravotnictví. Praktická část obsahovala vyhodnocení vlastního průzkumu, ke kterému byly použity metody dotazování, konkrétně dotazník a analýza dokumentů MŠ, kdy se jednalo o prostudování ŠVP daných MŠ. Dotazník byl určen pro pedagogy oslovených MŠ. Větší počet otázek obsažený v dotazníku měl za cíl zjistit kromě informací související s logopedickou péčí také další skutečnosti týkající se především vzdělání pedagogů v oblasti logopedie, spolupráci s dalšími institucemi a poruchy řeči vyskytující se nejčastěji u dětí předškolního věku.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina dotazovaných MŠ poskytuje dětem s narušenou komunikační schopností logopedickou péči přímo ve svých institucích. Nejčastěji logopedickou péči v MŠ provádí učitelka mateřské školy a logopedický asistent, který je v MŠ zaměstnán. Mimo logopedické péče také většinou současně MŠ provádějí logopedická vyšetření. Z průzkumu bylo dále zjištěno, že většina pedagogů má středoškolské vzdělání, logopedické vzdělání má méně jak polovina oslovených pedagogů. Většina pedagogů s logopedickým vzděláním absolvovala pouze logopedický kurz. Pozitivním zjištěním je skutečnost, že možnosti účastnit se kurzů a seminářů zaměřených na logopedii využívá více jak polovina pedagogů. MŠ nejčastěji spolupracují s Pedagogicko-psychologickou poradnou. Dále každá MŠ i bez poskytování logopedické péče u dětí rozvíjí komunikační dovednosti v podobě skupinových diskusí, rozhovorů, provádí s dětmi prohlížení a čtení knížek, přednes básní, zpěv písní, dramatizaci, reprodukce slov a vět, dále dechová, artikulační a hlasová cvičení. K tomu využívá různé encyklopedie, říkadla, dětské knihy, časopisy a loutky.

Dotazníkovým šetřením bylo potvrzeno, že MŠ se začínají specializovat na logopedickou péči u dětí, které navštěvují jejich instituci. Je to pravděpodobně

způsobeno velkým a rychlým nárůstem dětí, které mají problémy v komunikační oblasti a je potřeba, aby pedagogové tuto skutečnost řešili a to nejlépe přímo ve svých institucích. Z průzkumu bylo zjištěno, že mezi nejčastější poruchy řeči se řadí opožděný vývoj řeči a dyslalie. Z tohoto důvodu je důležité, aby logopedická péče u dětí s poruchou komunikační schopností byla zahájena včas a prostřednictvím kvalifikovaných odborníků s odpovídajícím vzděláním.

NÁVRH OPATŘENÍ

Na základě zjištěných dat z průzkumného šetření a stanovených cílů v této bakalářské práci je dle mého názoru nejdůležitější zajistit u dětí s narušenou komunikační schopností včasnou logopedickou péči, která bude prováděna kvalifikovanými odborníky v oblasti logopedie. Ředitelka MŠ by z tohoto důvodu měla zajistit kvalifikovaného pedagoga, který absolvoval např. vysokoškolské vzdělání ve studijním oboru speciální pedagogiky se zaměřením na logopedii nebo kurz zaměřený na logopedickou prevenci. K tomuto návrhu je však nutné dodat, že v rámci celoživotního vzdělávání by si měl pedagog nadále prohlubovat své znalosti v této oblasti a to např. absolvováním kurzů či seminářů, které by byly zajišťovány a hrazeny zaměstnavatelem.

Průzkumným šetřením bylo zjištěno, že v dotazovaných MŠ ve většině případů pracují logopedičtí preventisté (učitelky mateřské školy s logopedickým kurzem) a asistentky. Jelikož u zmiňovaných specialistů je znalost této problematiky na nižší úrovni tzn. absence důležitých informací pro plnohodnotný výkon v dané oblasti, je nutné, dle mého názoru, aby problematické případy narušené komunikační schopnosti dítěte a případné dotazy přímo konzultovali se speciálním pedagogem – logopedem pracujícím ve speciálně pedagogickém centru nebo Pedagogicko-psychologické poradně. Speciální pedagog – logoped může tak poskytovat logopedickým asistentům či logopedickým preventistům poradenství ohledně různých logopedických cvičení u konkrétního dítěte s narušenou komunikační schopností. Nedílnou součástí vzdělávání dítěte s narušenou komunikační schopností je rodina, která vyplňuje časový prostor mimo MŠ, ve které se plně rozvoji dítěte věnuje pedagog. Z tohoto důvodu je informovanost rodičů dítěte o správném způsobu vzdělávání – procvičování logopedických cvičení nepostradatelné. Aktivnímu přístupu rodičů k danému procvičování by měly přispět motivační konzultace s příslušným pedagogem nebo ředitelem MŠ při schůzkách s rodiči konané v určitém časovém intervalu.

Závěrem lze poukázat na specifika forem logopedického cvičení a jejich správné volbě dle individuálních potřeb jedince – dítěte, neboť jsou důležitá pro vývoj řeči. Logopedická péče je prováděna u dětí jak formou skupinovou tak i individuální. Ve skupinách je potřeba nejprve provádět přípravná cvičení (dechová, fonační, cvičení na rozvoj motoriky rtů, jazyka, měkkého patra), poté procvičovat jednotlivé hlásky ve slabikách, slovech, větách a dále prostřednictvím různých říkanek, básniček,

pohybových her s říkadly. Děti si tak hravou formou upevňují a fixují různé hlásky, aniž by si uvědomily, že se v dané situaci jedná o logopedická cvičení. Individuální forma logopedické péče má také svoje opodstatnění vzhledem ke skutečnosti, že logopedický pracovník s jednotlivým dítětem procvičuje konkrétní problémy, které má v oblasti narušené komunikační schopnosti. Dokáže se tak dítěti věnovat ve větší míře, než když jsou děti ve skupince. Při individuální formě logopedické péče se tak dítě více soustředí, pozorně naslouchá a nestydí se, pokud něco řekne špatně, jako tomu může být, když je v kolektivu dětí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BYTEŠNÍKOVÁ, I., 2007. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4454-8.

ČECHÁČKOVÁ, M., 2003. Afázie. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6. s. 143-175.

FUKANOVÁ, V., 2003. Koncepce logopedické péče. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 45-49. ISBN 80-7178-546-6. s. 45-49

CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JEDLIČKA, I., 2003. Vývoj řeči. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 89-90. ISBN 80-7178-546-6.

KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.

KLENKOVÁ, J., 1998. *Kapitoly z logopedie II a III*. 78. Publikace. Brno: Paido. ISBN 80-85931-62-1.

KLENKOVÁ, J., 1997. *Kapitoly z logopedie I*. 57. Publikace. Brno: Paido. ISBN 80-85931-41-9.

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KRAHULCOVÁ, B., 2007. *Dyslalie:patlavost*. 1. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-0-3.

KUBOVÁ, L., 1995. *Speciálně pedagogická centra*. 1. vyd. Praha: Septima. ISBN 80-85801-42-6.

KUTÁLKOVÁ, D., 2010. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3080-6.

KUTÁLKOVÁ, D., 2009. *Průvodce vývojem dětské řeči: logopedická prevence*. 5. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-598-7.

KUTÁLKOVÁ, D., 2011. *Budu správně mluvit: chodíme na logopedii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3687-7.

LECHTA, V., 2003. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 17–27. ISBN 80-7178-546-6.

LECHTA, V., 2003a. Narušená komunikační schopnost. In: LECHTA, V. A kol., *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 17–20. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, V. 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. dopl. a přepr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2009. Metodické doporučení č.j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství [online] [vid. 2012-07-30]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-zabezpeceni-logopedicke-pecce-ve?highlightWords=metodick%C3%A9+doporu%C4%8Den%C3%AD+logopedie>

NEUBAUER, K., 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-053-5.

NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, A. a kol., 1976. *Prevence poruch řeči*. 1. vyd. Praha: SPN

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2006. Speciální pedagogika osob s narušením komunikační schopnosti. In: RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. s. 271–291. ISBN 80-244-1475-9.

PIPEKOVÁ, J. 2006. Uvedení do speciální pedagogiky. In: PIPEKOVÁ, J. ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přepr. vyd. Brno: Paido. s. 95–102. ISBN 80-7315-120-0.

POPOVIČ, I., 2012. Činnost logopedických pracovišť v ČR v roce 2011. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online] [vid. 2013-01-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/logopedie>

SOVÁK, M., 1989. *Logopedie předškolního věku*. 3. upr. vyd. Praha: SPN

SOVÁK, M., 1981. *Logopedie*. 2. vyd. Praha: SPN

ŠKODOVÁ, E., 2003. Opožděný vývoj řeči. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 91-105. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E., 2003a. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 203–209. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003. Vývojová dysfázie. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 106–142. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003a. Narušení plynulosti řeči. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 257–301. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2003b. Slovníček. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 603-608. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVOJGROVÁ, P., GIRGLOVÁ, V., 2012. Speciální potřeby dětí s poruchami řeči. In: *Šance dětem.cz* [online] [vid. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-poruchami-reci/specialni-potreby-deti-s-poruchami-reci.shtml>

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

VLÁDKOVÁ, V., 2007. *Význam spolupráce rodičů dítěte s logopedem* [online] [vid. 2012-10-22]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/166508/pedf_b/Vyznam_spoluprace_rodicu_ditete_s_logopedem.pdf

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*[online]. 2005, částka 20, s. 490-502 [vid. 2012-07-30]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

Vyhláška č. 116/2011 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [online] [vid. 2013-01-31]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-72-2005-sb>

WIESNEROVÁ, J., 2010. Činnost logopedických pracovišť v ČR v roce 2009. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online] [vid. 2013-01-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/logopedie>

Zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2004, částka 190, s. 10262-10332 [vid. 2012-11-16]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Dotazník pro pedagogy mateřských škol

Příloha č. 1 – Dotazník pro pedagogy mateřských škol

Dotazník pro pedagogy mateřských škol

Vážená paní učitelko, vážený pane učiteli,

jsem studentkou 3. ročníku Přírodovědně-humanitní a pedagogické fakulty, Technické univerzity v Liberci a v rámci zpracování své bakalářské práce se na Vás obracím s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který se vztahuje k tématu logopedické péče u dětí v mateřských školách (dále jen MŠ). Vyhodnocování Vámi vybraných odpovědí bude samozřejmě ryze anonymní.

Není-li uvedeno jinak, vyberte vždy, prosím, jednu z nabízených odpovědí a označte ji křížkem „X“ v odpovídajícím čtverečku. U některých otázek, kde není možné navrhnout vyčerpávající odpovědi, je vymezen prostor pro Váš názor či upřesnění. Narazíte-li v dotazníku na otázku, která *se Vás netýká*, nechte ji prostě nezodpovězenou. Pokud to bude možné, prosím Vás o vyplnění všech položek v dotazníku, jelikož neúplný dotazník nemůže být zařazen do průzkumu.

Velmi děkuji za Vaši spolupráci,

Terezie Běhounková

Dotazník

1) Jaká, pokud máte, je specializace Vaší MŠ? (např. jazyková, montessori pedagogika, logopedická péče, apod.)

.....

.....

.....

2) Kolik tříd má Vaše MŠ?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ více než 4 – upřesněte počet.....

3) Uved'te prosím celkový počet dětí navštěvující Vaší MŠ?

.....

4) Je ve Vaší MŠ zřízena speciální třída pro děti s vadami řeči?

☐ není

☐ ano, 1 speciální třída

☐ ano, více než 1 speciální třída – upřesněte počet.....

5) Pokud ve Vaší třídě jsou děti s vadami řeči, uveďte, prosím, jejich počet (Jinak přejděte k ot. č. 7).

☐ 4 a méně

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8 a více – upřesněte prosím.....

6) Jaké poruchy řeči se vyskytují u dětí ve Vaší třídě? Upřesněte, prosím, počet dětí s poruchou řeči. (U této otázky je možné zaškrtnout více odpovědí)

☐ afázie.....

☐ koktavost.....

☐ dysartrie

☐ vývojová dysfázie

☐ opožděný vývoj řeči.....

☐ dyslalie.....

☐ palatolalie.....

☐ rinolálie.....

☐ breptavost.....

☐ mutismus.....

☐ jiné, uveďte jaké.....

7) Je ve Vaší MŠ poskytována logopedická péče?

☐ ano

☐ ne

8) Pokud jste zvolili v předchozí otázce odpověď ano, odpovězte na následující otázky, jak často probíhá logopedická péče u dětí ve Vaší MŠ?

☐ denně

☐ 3x týdně a více

☐ 1x – 2x týdně

☐ 1x – 2x měsíčně

☐ jiná odpověď – jaká?.....

9) Jakým způsobem je zajišťována logopedická péče (LP) dětem, které navštěvují Vaší MŠ? (Pokud není LP poskytována přímo Vaší MŠ, přejděte prosím k otázce č. 12)

☐ LP zajišťuje klinický logoped

☐ LP je dětem poskytována přímo v MŠ

☐ LP zajišťuje speciálně pedagogické centrum pro děti s vadami řeči

10) Kdo logopedickou péči ve Vaší MŠ zajišťuje?

☐ učitel/ka MŠ

☐ logopedický asistent, který pracuje v MŠ

☐ logoped, který pracuje v MŠ

☐ logoped, který do MŠ dochází

☐ jiná osoba – upřesněte, prosím.....

11) Je logopedická péče ve Vaší MŠ poskytována individuální formou, tj. samostatná sezení s jednotlivci?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

12) Provádí Vaše MŠ logopedická vyšetření dětí?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ doporučujeme rodičům návštěvu odborníka

13) Spolupracuje Vaše MŠ s některými z dalších odborných pracovišť v oblasti narušené komunikační schopnosti? (U této otázky je možné zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ pedagogicko-psychologická poradna
- ☐ speciálně-pedagogické centrum
- ☐ poradna klinického logopeda
- ☐ jiné pracoviště – upřesněte, prosím, jaké.....

.....

.....

14) Jaká je Vaše věková kategorie?

- ☐ 19–25 let
- ☐ 26–31 let
- ☐ 32–37 let
- ☐ 38–43 let
- ☐ 44–49 let
- ☐ 50–55 let
- ☐ 56 a více let

15) Jak dlouho pracujete v MŠ?

- ☐ méně než 1 rok
- ☐ 1–5 let
- ☐ 5 – 10 let
- ☐ 11 – 20 let
- ☐ 21 let a více

16) V jaké třídě ve Vaší MŠ pracujete?

- ☐ běžná
- ☐ speciální - zaměřená na vadu řeči
- ☐ jiná, uveďte jaká.....

17) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Uveďte, prosím jaké.....

.....

.....

18) Máte logopedické vzdělání?

- ☐ ano
- ☐ ne

19) Pokud ano, jaké?

- ☐ logopedický kurz
- ☐ státní zkouška z logopedie – bakalářský studijní program
- ☐ státní zkouška z logopedie – magisterský studijní program
- ☐ jiné, uveďte:.....

20) Máte zkušenosti s dětmi s narušenou komunikační schopností? (Pokud ne, přejděte k ot. č. 22)

- ☐ ano
- ☐ ne

21) Jak dlouho (let) jste s dětmi s narušenou komunikační schopností pracovala nebo pracujete?.....

.....

22) Využíváte možnosti účastnit se seminářů nebo kurzů zaměřených na logopedii?

- ☐ ano
- ☐ ne

23) Jaké aktivity k rozvoji komunikační dovednosti s dětmi v kolektivu provádíte?

A. skupinové diskuse a rozhovory

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

B. provádění dechových, hlasových a artikulačních cvičení

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

C. reprodukce slov a vět

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

D. přednes básní, zpěv písní, dramatizace

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

E. rozvoj samostatného vyjadřování (vyprávění příběhu, popis děje na obrázcích apod.)

☐ ano – uveďte, prosím, jaký materiál využíváte.....

.....
.....

☐ spíše ano

☐ spíše ne

☐ ne

F. prohlížení a čtení knížek

☐ ano – uveďte, prosím, jaký materiál využíváte.....

.....
.....

☐ spíše ano

☐ spíše ne

☐ ne

G. Jiné aktivity neuvedené pod písmeny A až F, prosím vypište:.....

.....
.....
.....
.....

DĚKUJI ZA VÁŠ ČAS VĚNOVANÝ VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKU